

Schrimpf  
Bahnemann



# Deutsch für Ärztinnen und Ärzte

Kommunikations-  
training für Klinik  
und Praxis

mit  
Audio-CD



Springer

[almanii.blogspot.com](http://almanii.blogspot.com)





## Meistern Sie die Fremdsprache Deutsch im Klinikalltag !

Egal ob im Anamnesege spräch oder bei der Untersuchung des Patienten, Diskussion von Differenzialdiagnosen mit ärztlichen Kollegen oder Rückfragen beim Pflegepersonal: Der Kommunikationstrainer »Deutsch für Ärztinnen und Ärzte« gibt Ihnen Sicherheit in jeder Gesprächssituation:

- Übungsaufgaben machen fit für die Praxis
- Beispieldialoge trainieren die Alltagssituation
- Vokabellisten und Abkürzungsverzeichnisse erleichtern den Lernprozess

### Typisch Deutsch

- Fachspezifische Ausdrucksweisen
- Kulturelle Besonderheiten der deutschen Sprache
- Einführung in die Struktur des deutschen Gesundheitssystems

### Plus Audio-CD

Alle Dialoge auch als MP3- und Hörbuch-Datei – so ist der Sprachtrainer immer hörbereit!

**Für alle Ärzte aus dem Ausland, die sich auf Ihre Tätigkeit in Deutschland optimal vorbereiten möchten.**



Ulrike Schrimpf



Markus Bahnemann

ISBN 978-3-642-01333-1



springer.de

almanii.blogspot.com

Ulrike Schrimpf  
Markus Bahnemann

**Deutsch für Ärztinnen und Ärzte**  
Kommunikationstraining für Klinik und Praxis

Ulrike Schrimpf  
Markus Bahnemann

# Deutsch für Ärztinnen und Ärzte

Kommunikationstraining für Klinik und Praxis

Mit 34 Abbildungen und Audio-CD

 Springer

[almanii.blogspot.com](http://almanii.blogspot.com)



**Ulrike Schrimpf**  
Kopenhagener Str. 22  
10437 Berlin  
ulrike.schrimpf-oehlsen@charite.de

**Markus Bahnemann**  
Katteweg 13 B  
14129 Berlin  
markus.bahnemann@charite.de

**ISBN-13 978-3-540-01333-1 Springer Medizin Verlag Heidelberg**

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;  
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

#### **Springer Medizin Verlag**

[springer.de](http://springer.de)

© Springer Medizin Verlag Heidelberg 2010

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

**Produkthaftung:** Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: **Ulrike Hartmann, Heidelberg**  
Projektmanagement: **Ulrike Niesel, Heidelberg**  
Copy-Editing: **Michaela Mallwitz, Tairnbach**  
Zeichnungen: **Annette Gack, Neuendettelsau; Christiane und Michael von Solodkoff, Neckargemünd**  
Audio-CD: **Business & Ideen GmbH, Berlin**  
Layout und Einbandgestaltung: **deblik Berlin**  
Satz: **medionet Publishing Services Ltd., Berlin**

SPIN: 12642618

Gedruckt auf säurefreiem Papier 22/2122/UN – 5 4 3 2 1 0

[almanii.blogspot.com](http://almanii.blogspot.com)

## Vorwort und Anleitung zum Buch

### Reise in ein anderes Land. Muttersprache und Fachsprache

» Wir wohnen nicht in einem Land, sondern in einer Sprache. «

(Emile Cioran, französischer Philosoph)

» Der alte Arzt spricht lateinisch, der junge Arzt englisch. Der gute Arzt spricht die Sprache des Patienten. «

(Ursula Lehr, deutsche Wissenschaftlerin, Bundesministerin für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit 1989-1991)

Zwei Aussagen von zwei ganz unterschiedlichen Menschen, einem französischen Philosophen und einer deutschen Wissenschaftlerin, eröffnen unser Arbeitsbuch zur Fachsprache Medizin »Deutsch für Ärztinnen und Ärzte. Kommunikation in Klinik und Praxis«. Sie behandeln ein Thema: Sprache. Cioran spricht von der Sprache als Muttersprache und Form des Seins. Er betont ihre essenzielle Funktion für unsere Identität, unser Selbst-Bewusstsein: Wir sprechen die Sprache nicht nur, sondern wir leben in ihr, sind in ihr zu Hause, definieren uns durch sie. Sprache ist Heimat.

Lehr spricht von einer anderen Sprache: von einer Sprache in der Sprache, der medizinischen Fachsprache. Alte Ärzte sprechen nach Lehr anders als junge – die Alten verwenden vor allem lateinische Fachbegriffe, die Jungen bevorzugen englische Termini. Gute Ärzte aber sprechen unabhängig von Alter und Geschlecht eine Sprache: die Sprache des Patienten. Was für eine Sprache ist das? Es ist nicht nur – idealerweise – die Muttersprache des Patienten, sondern auch eine spezifische Form der einführenden, fachspezifischen Kommunikation: Es ist eine Sprache, die der Patient versteht und die ihn bewegt. Es ist eine Sprache, die den Patienten nicht verwirrt, sondern die ihn aufklärt. Die ihn nicht beschämt, sondern befreit. Die ihn nicht ängstigt, sondern ermutigt.

Sie, liebe internationale Ärztinnen und Ärzte, sehen sich in Ihrem beruflichen Alltagsleben in deutschen Krankenhäusern und Praxen mit doppelt hohen Hürden konfrontiert, wenn Sie erfolgreich mit Ihren Patienten und Kollegen kommunizieren möchten. Sie müssen nicht nur Ihre Muttersprache »verlassen«, also, wie Cioran sagen würde, Ihre Heimat, um mit den Patienten und anderen Ärzten zu sprechen, sondern Sie müssen sich auch mit den kulturellen Besonderheiten der Arzt-Patienten-Kommunikation in Deutschland, mit dem deutschen Versicherungssystem, der Hierarchie und den Untersuchungsformen in deutschen Krankenhäusern und Vielem mehr vertraut machen und die individuellen – auch kulturell bedingten – Eigenheiten, Ängste und Vorlieben Ihrer Patienten verstehen und deuten lernen. Sie müssen neben der allgemeinen deutschen Sprache auch die medizinische Fachsprache erlernen und erfolgreich anwenden. Das ist eine große Herausforderung, und wir möchten Ihnen dazu gratulieren, dass Sie sich ihr stellen!

Aufbauend auf unseren langjährigen Erfahrungen als Dozenten für internationale Ärzte und Medizinstudierende in den Bereichen »Fachsprache Medizin« und »Deutsch als Fremdsprache« an der Berliner Charité haben wir das vorliegende Arbeitsbuch »Deutsch für Ärztinnen und Ärzte. Kommunikation in Klinik und Praxis« entwickelt. Es soll Sie auf Ihrem Weg zur erfolgreichen Kommunikation in Ihrem Beruf begleiten. Vielleicht kann es auch dazu beitragen, dass Sie sich selbst bald ein bisschen mehr zu Hause fühlen in der für Sie fremden Spra-



che Deutsch, in Deutschland, einem Land fern Ihrer Heimat, bei Ihrer Arbeit als Arzt oder Ärztin in einem für Sie ungewohnten Kontext. Wir würden uns darüber freuen!

Zu Aufbau und Struktur des Buches sind vor allem vier wesentliche Dinge zu sagen:

1. Sie werden merken, dass Sie einer Patientin, Eva Schneider, im Laufe der Lektüre immer wieder begegnen werden. Anhand ihrer Krankengeschichte werden beispielhaft Arbeitsfelder bearbeitet, auf denen sich ein Arzt in Deutschland kommunikativ betätigen muss: Anamnese, körperliche Untersuchung, Arztbrief, Fallvorstellung usw.
2. Zudem haben wir uns bemüht, in dem vorliegenden Buch alle drei relevanten Bereiche von Fachsprache zu behandeln: die Wissenschaftssprache, die Praxissprache und die Transfersprache. In unserer Einleitung zur Fachsprache am Anfang des Buches finden Sie mehr Informationen zu den drei unterschiedlichen Gebieten, und auch zwischendurch werden wir, wenn möglich, auf die genannte Unterteilung verweisen.
3. Dieses Buch ist dezidiert als Arbeitsbuch gedacht, d. h. Sie werden immer wieder Tabellen, Fragestellungen und Raum für eigene Kommentare und Gedanken finden; auch gibt es einen Lösungsteil zu den Fragen und Übungen (► Anhang C). Wir haben uns von Beginn an das Ziel gesetzt, Ihnen nicht nur eine Materialsammlung über den deutschen Fachwortschatz an die Hand zu geben, sondern ein didaktisch sinnvolles Buch über die Kommunikation in der Fachsprache Medizin zu schreiben, mit Hilfe dessen Sie Ihre Kommunikationsfähigkeit im ärztlichen Alltag effektiv und selbstständig verbessern können. Wir hoffen sehr, dass uns das gelungen ist!
4. Das Lehrwerk wird von einer CD mit Übungen zur Aussprache und zum Hörverständnis begleitet, da uns bewusst ist, wie sehr eine mangelhafte Aussprache die Arbeit von internationalen Ärzten erschweren kann und wie kompliziert es häufig für sie ist, die mündlichen Aussagen ihrer teilweise schnell und undeutlich sprechenden Patienten und Kollegen korrekt zu verstehen. Im Buch wird an den entsprechenden Stellen durch das Zeichen  am Rand auf Texte und Beispiel-Formulierungen verwiesen, die auch auf der CD angehört werden können.

Ein letztes Wort möchten wir an alle Ärztinnen, Kranken- und Gesundheitspflegerinnen, Patientinnen und anderen Frauen richten, die im medizinischen Bereich tätig sind: Sie sind mit allen verwendeten männlichen Formen der Substantive selbstverständlich ebenso gemeint wie die Männer und mögen es uns verzeihen, dass wir keine adäquatere Lösung für dieses Problem gefunden haben.

Unser besonderer und herzlicher Dank gilt der Abteilung Charité International Cooperation an der Charité, in deren Schoß wir gewissermaßen unser Buch entwickeln konnten, sowie der Leiterin von ChIC, Ulrike Arnold, einer unbeirrbar begeisterten, begeisternden und sich begeistern lassenden Frau, die uns immer wieder lehrt, nie aufzugeben und kein Hindernis unangefochten stehen zu lassen!

Nicht zuletzt und vor allem danken wir allen so unterschiedlichen internationalen Ärztinnen und Ärzten und Medizinstudierenden, denen wir im Rahmen unserer Kommunikationskurse in der medizinischen Fachsprache begegnen durften und begegnen und die ein andauernder Quell der Inspiration und der Freude für uns sind.

Liebe internationale Ärztinnen und Ärzte, bei Ihrer »Reise in ein anderes Land« wünschen wir Ihnen Mut, Vergnügen und Ausdauer!

Ulrike Schrimpf und Markus Bahnemann  
Berlin im August 2009

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Gesundheit und Glück</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Einführung in die Fachsprache Medizin</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Grundvokabular</b>	<b>11</b>
3.1	Anatomische Abbildungen	12
3.2	Die Materialien im Krankenhaus	28
3.3	Das Krankenhauspersonal	32
3.4	Die wichtigsten Orte und Abteilungen im Krankenhaus	36
<b>4</b>	<b>Das deutsche Gesundheitssystem</b>	<b>39</b>
4.1	Das Gesundheitssystem im internationalen Vergleich	40
4.2	Das Gesundheitssystem in Deutschland	41
4.3	Von der Erkrankung zur Genesung: Ein Weg mit vielen Stationen	45
4.4	Vergleichen Sie selbst	48
<b>5</b>	<b>Die Anamnese</b>	<b>51</b>
5.1	Allgemeine Anamnese	52
5.2	Beispiel: Anamnesegespräch Eva Schneider	56
5.3	Spezielle Anamnese	60
<b>6</b>	<b>Die körperliche Untersuchung</b>	<b>65</b>
6.1	Allgemeine Erläuterungen und Kommandos	67
6.2	Beispiel: Körperliche Untersuchung Eva Schneider	70
6.3	Dokumentation von Ergebnissen einer körperlichen Untersuchung	73
6.4	Beispiel: Dokumentation Eva Schneider	75
<b>7</b>	<b>Die Patientenvorstellung</b>	<b>79</b>
7.1	Inhalt und Struktur der Patientenvorstellung	80
7.2	Formulierungshilfen	80
7.3	Beispiel: Fallpräsentation Eva Schneider	82
7.4	Diskussion von Differenzialdiagnosen	85
<b>8</b>	<b>Weiterführende Untersuchungen: Die apparative Diagnostik</b>	<b>87</b>
8.1	Lexik – weiterführende Untersuchungen	88
<b>9</b>	<b>Ärztliche Gesprächsführung</b>	<b>99</b>
9.1	Techniken	100
9.2	Das schwere Gespräch – Überbringen von schlechten Nachrichten	103
<b>10</b>	<b>Interkulturelle Kommunikation</b>	<b>113</b>
10.1	Einleitung	114
10.2	Interkulturelle Kommunikation in der Medizin	118



<b>11</b>	<b>Einen Fachvortrag halten</b>	129
11.1	Wichtige Grundregeln	130
11.2	Beispielvortrag von Antje Siebert	130
11.3	Die richtige Verbkategorie	132
11.4	Einen eigenen Vortrag halten	134
<b>12</b>	<b>Schriftliche Dokumentation: Arztbriefe</b>	135
12.1	Allgemeines	136
12.2	Die richtige (grammatikalische) Zeit verwenden	136
12.3	Beispielarztbrief: Eva Schneider	140
<b>13</b>	<b>Anhang</b>	143
A	Die wichtigsten Abkürzungen	144
B	Lateinische Nomenklatur – eine knappe Übersicht	147
C	Lösungen	150

**Inhalt der CD****Kapitel 2**

Übung 2.1 – Hörverständnis: Einführung in die Fachsprache Medizin – Kommunikationssituationen aus dem Alltag eines Arztes

**Kapitel 3**

Übung 3.2 – Aussprache: Materialien im Krankenhaus: Das Spiel »Ich packe meinen Koffer«

**Kapitel 4**

Übung 4.2 – Hörverständnis: Von der Erkrankung zur Genesung – ein Weg mit vielen Stationen

**Kapitel 5**

Übung 5.1 – Aussprache: Die allgemeine Anamnese

Übung 5.2 – Hörverständnis: Beispiel-Anamnesegespräch mit Eva Schneider

Übung 5.3 – Aussprache: Die spezielle Anamnese

**Kapitel 6**

Übung 6.1 – Aussprache – Die körperliche Untersuchung - Kommandos

Übung 6.2 – Hörverständnis: Beispiel-Untersuchung

**Kapitel 7**

Übung 7.3 – Hörverständnis: Beispiel-Fallpräsentation von Eva Schneider

**Kapitel 9**

Übung 9.1 – Hörverständnis: Ärztliche Gesprächsführung: Gesprächsauszüge

Übung 9.2 – Hörverständnis: Auszug aus einem Arzt-Patienten-Gespräch

Übung 9.3 – Hörverständnis: Das schwere Gespräch / Überbringen von schlechten Nachrichten – Zitate

Übung 9.6 – Hörverständnis: Das schwere Gespräch / Überbringen von schlechten Nachrichten – Beispiel-Formulierungen

**Kapitel 11**

Übung 11.1 und 11.2 – Hörverständnis: Einen Fachvortrag halten – Beispiel-Vortrag von Antje Siebert

**Kapitel 12**

Übung 12.2 – Hörverständnis: Beispiel-Arztbrief für Eva Schneider



## Kurzbiografie der Autoren

---

### **Ulrike Schrimpf**

Ulrike Schrimpf hat Französische Philologie und Allgemeine und Vergleichende Literaturwissenschaften in Berlin und Paris studiert. Sie war als Literaturagentin und freie Lektorin tätig und arbeitet seit 10 Jahren als Dozentin in dem Bereich »Deutsch als Fremdsprache«. Seitdem hat Ulrike Schrimpf sich u. A. auf die Gebiete »Fachsprachen«, »Fachsprache Medizin« und »Interkulturelle Kommunikation und Kompetenz« spezialisiert. Sie lebt und arbeitet heute als freie Autorin, Dozentin und pädagogische Leiterin der ChIA, Charité International Academy, in Berlin.

### **Markus Bahnemann**

Markus Bahnemann, geboren 1979 in Berlin, studierte Medizin in Bristol, Witten-Herdecke und Berlin. Im Rahmen von Studienaufenthalten arbeitete er unter anderem in Frankreich und in den USA. Er promovierte im Bereich »Neurologie«. Seit zwei Jahren arbeitet er zusammen mit Ulrike Schrimpf als Dozent für »Deutsch für Ärztinnen und Ärzte«. Er lebt und arbeitet heute als Arzt in Berlin.



# Gesundheit und Glück



### Übung 1.1

1. Lesen Sie das Gedicht zunächst leise. Lesen Sie es anschließend laut vor.
2. Unterstreichen Sie alle Begriffe für Körperteile, die in dem Gedicht genannt werden, und diskutieren Sie ihre Bedeutung. Arbeiten Sie zu zweit.
3. Welche beiden Wörter werden am häufigsten in dem Gedicht genannt? Wo und wie oft? In was für einem Zusammenhang stehen die beiden Wörter? Markieren Sie die Wörter im Gedicht. Arbeiten Sie in 2er-Gruppen. Diskutieren Sie anschließend in der großen Gruppe.
4. In dem Gedicht gibt es keine Interpunktion, d. h. keine Kommata, keine Punkte usw. Lesen Sie das Gedicht noch mal laut und leise und versuchen Sie herauszufinden, wo ein Satz oder ein Gedanke endet und wo ein neuer beginnt. Setzen Sie Kommata und Punkte. Arbeiten Sie zu zweit und vergleichen Sie Ihre Ergebnisse anschließend in der großen Gruppe.
5. Wo liegt das Glück nach Meinung der Dichterin?
6. Wem gehört »dieser kleine Körper« in Vers 13?
7. Was bedeuten die letzten beiden Verse: (»fragil der körper und das glück/auch«)? Sind Sie der gleichen Meinung?
8. Gefällt Ihnen das Gedicht? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?

#### Körperteil

» das glück muß ein körperteil sein wie die  
 zirbeldrüse etwa oder die knorpel im  
 kniegelenk das glück muß im körper  
 beheimatet sein eine wohnstatt  
 dort haben unter der haut dem fett  
 den muskeln und bändern zwischen  
 all dem was uns am laufen hält wie man  
 sagt muß das glück seinen platz finden  
 neben oder unter dem herzen oder in  
 der masse des gehirns oder den  
 ohrmuscheln versteckt den feinsten  
 knöchelchen ich überlege wo  
 bei meinem kind das glück ist  
 in diesem kleinen körper beinahe  
 durchsichtig noch und ohne ein versteck  
 es ängstigt mich zu wissen dass  
 das glück im körper beheimatet ist  
 irgendwo in diesem körper  
 (fragil der körper und das glück  
 auch) «

(Aus: Katharina Hacker, *Überlandleitung. Prosagedichte*, Suhrkamp, Frankfurt am Main; 2007)

### ■ ■ Die Autorin

Die Autorin Katharina Hacker, geboren 1967 in Frankfurt am Main, gehört zu den wichtigen deutschen Schriftstellern der Gegenwart. Sie studierte Philosophie, Judaistik und Geschichte, lebte längere Zeit in Israel und übersetzt neben ihrer Autorinnentätigkeit Romane aus dem Hebräischen. Sie wurde mit zahlreichen Preisen ausgezeichnet, u. a. 2006 mit dem Deutschen Buchpreis, dem wichtigsten Literaturpreis in Deutschland. Katharina Hacker schreibt Erzählungen, Romane und Lyrik.



# Einführung in die Fachsprache Medizin



## Übung 2.1

1. In welchen Situationen und zu welchen Anlässen kommunizieren Sie während Ihrer beruflichen Tätigkeit als Arzt? Überlegen Sie gemeinsam in der Gruppe und gestalten Sie ein Assoziogramm (■ Abb. 2.1).

**Anmerkung**

Ein Assoziogramm, seines »stacheligen« Aussehens wegen auch »Wortigel« genannt, ist ein gängiges didaktisches Mittel zur Aktivierung von Vorwissen, woran das in den folgenden Übungen neu zu erwerbende Wissen anknüpfen kann. Sie werden dieser Übungsform in dem vorliegenden Buch noch öfters begegnen.

2. Präzisieren Sie nun die verschiedenen Gesprächssituationen: Mit wem kommunizieren Sie? Worüber? In welcher Sprache (Umgangssprache, Wissenschaftssprache usw.)?
3. Welcher Bereich des Gebiets »Fachsprache Medizin« fällt Ihnen am schwersten und warum? Welche (sprachlichen) Probleme haben Sie und wo? Tauschen Sie sich in der Gruppe aus und vergleichen Sie Ihre Erfahrungen.
4. In der Fachsprachendidaktik unterscheidet man innerhalb einer Fachsprache drei Hauptbereiche:
  - a. **Theoriesprache** = Sprache unter Experten auf der Ebene fachlicher Grundlagen, auch: Wissenschaftssprache.
  - b. **Praxisprache** = Sprache unter Experten auf der Ebene fachlicher Umsetzung, auch: fachliche Umgangssprache.
  - c. **Transfersprache** = Sprache unter Experten und Laien auf der Ebene fachlicher Vermittlung; auch als Werkstattssprache oder Verteilersprache bezeichnet.
5. Lesen Sie die folgenden Textauszüge (Kommunikationssituation 1–7), die unterschiedliche Kommunikationssituationen im ärztlichen Alltag betreffen, und bestimmen Sie sie – falls möglich – unter der Berücksichtigung der unten genannten Aspekte. Stellen Sie Ihre Überlegungen den anderen Kursteilnehmern vor und diskutieren Sie Ihre Überlegungen. Eine Auflösung der korrekten Zuordnungen finden Sie am Ende des Buches im Lösungsteil (► Anhang C).
  - Textsorte,
  - Fachsprachenbereich (► Dreiteilung oben),
  - Gesprächssituation,
  - Gesprächsteilnehmer und Gesprächsteilnehmerinnen,
  - Gesprächsinhalte,
  - sprachliche und stilistische Merkmale.

■ Abb. 2.1 Assoziogramm »Kommunikation im Krankenhaus«



## ■ ■ Kommunikationssituation 1



■ Abb. 2.2 Arzt-Deutsch/Deutsch-Arzt  
(Cartoon: Erich Rauschenbach)

## ■ ■ Kommunikationssituation 2

2.1

- Person A: Können Sie mir mal zeigen, wo es Ihnen am meisten wehtut?
- Person B: Na ja, das ist schwer zu sagen. Zuerst war es mehr in der Mitte, aber in den letzten Stunden ist es dann eher nach unten gegangen. Hier so.
- A: Also eher im rechten Unterbauch? In Ordnung, ich werde jetzt als erstes einmal den Bauch abhören. Sie können die Hände ruhig an die Seite legen. Versuchen Sie, den Bauch zu entspannen, wenn es geht. Gut. Als nächstes werde ich den Bauch vorsichtig abtasten. Bitte sagen Sie mir Bescheid, wenn es irgendwo unangenehm ist.
- B: Ahh, ja genau, da tut es am meisten weh. Verdammt!
- A: Tut mir Leid. Wie ist es denn hier, wenn ich hier drücke?
- B: Nein, da ist es okay. Das geht.



### ■ ■ Kommunikationssituation 3

Wir berichten über unseren gemeinsamen Patienten, Herrn Peters, der sich vom 23.05.2008 bis zum 28.05.2008 in unserer stationären Versorgung befand. Herr Peters stellte sich bei uns wegen rezidivierender, therapieresistenter Kopfschmerzen vor, die er als dumpf-drückende, beidseitige Dauerschmerzen beschrieb. Die Schmerzen bestünden seit ca. 5 Jahren und hätten in den letzten 3 Monaten deutlich an Intensität zugenommen. Die Kopfschmerzen träten an mehr als 15 Tagen im Monat auf. In der Medikamentenanamnese fand sich ein regelmäßiger Gebrauch von ASS, ca. 65 g pro Monat, und Paracetamol, ca. 30 g pro Monat. Wir diagnostizierten einen chronischen medikamenteninduzierten Kopfschmerz und führten eine stationäre Entzugsbehandlung durch.

### ■ ■ Kommunikationssituation 4

- Person C: Warum habe ich nur nicht auf meine Eltern gehört, als sie mir immer wieder gesagt haben, ich solle mit dem Rauchen aufhören?
- Person D: Heute reut es Sie, dass Sie nicht mit dem Rauchen aufgehört haben, als Ihre Eltern es Ihnen geraten haben.
- C: Genau. Heute denke ich, dass ich selber schuld bin an dieser schrecklichen Krankheit, die vielleicht mein Leben verkürzt – und was habe ich davon gehabt?
- D: Der jahrelange Zigaretten Genuss scheint es nicht wert gewesen zu sein.
- C: Die Strafe dafür bekommen mein Mann, der jetzt für mich sorgen muss, und meine Kinder, die ohne mich aufwachsen müssen, falls ich nicht durchkomme.
- D: Sie haben das Gefühl, es ist eine Strafe für sie, das sie erst für Sie sorgen müssen und Sie dann doch verlieren.
- C: Ich schäme mich für meine Sucht. Ich bin schwach – ja, ich bin ein schlechter Mensch.
- D: Sie haben das Gefühl, dass Sie schwach und schlecht sind, weil Sie geraucht haben.
- C: Wenn ich mir selbst zuhöre, dann weiß ich, dass es nicht wahr ist. Ich war eine gute Ehefrau und Mutter.
- D: Sie erkennen, dass Sie kein wirklich »schlechter« Mensch sind, weil Sie eine gute Frau und Mutter waren.
- C: Ich habe etwas Falsches getan, aber ich war nicht schlecht. Meine Krankheit ist auch keine Strafe. Ich habe meine Familie und meine Freunde immer geliebt und habe ihnen beigestanden.
- D: Vielleicht sehen Ihre Angehörigen es auch nicht als Strafe an, Ihnen Liebe und Beistand zu geben, wenn Sie es nötig haben.

### ■ ■ Kommunikationssituation 5

- Person E: Nun, Herr Keiss, was haben wir denn Neues seit gestern Nacht?

- Person F: In dem Zimmer haben wir einen Neuzugang. Frau Maier, 24 Jahre alt, Nullipara, Zweitgravida. Sie stellte sich gestern Abend mit starken Unterleibsschmerzen und vaginalem Fluor vor. Keine regelmäßige Medikamenteneinnahme außer der Pille. Ihre Temperatur gestern Abend betrug 38,5 °C,  $\beta$ -HCG war negativ.
- E: Gut, gut. Was haben Sie gemacht?
- F: Zuerst eine körperliche Untersuchung, der Portioschiebeschmerz war positiv. Dann Abstriche, Standardlabor und Blutkultur. Es zeigten sich deutlich erhöhte Entzündungsparameter. Ich habe dann mit einer Antibiose begonnen: Cefuroxim 2,25 g/d i.v.
- E: Okay, dann schauen wir sie uns mal an. Wie war noch gleich der Name?
- F: Frau Maier.

#### ■ ■ Kommunikationssituation 6

- Person G: Es sind diese Bauchschmerzen. Sie fangen unterhalb des Brustkorbs an, und dann wird mir schlecht. Ich kann so einfach nicht arbeiten. Mein Chef wird langsam ärgerlich. Ich fürchte, dass ich an Rückendeckung verliere und mein Vertreter mich ablösen wird.
- Person H: Ich verstehe.
- G: Die Bauchschmerzen sind hauptsächlich hier im Oberbauch (zeigt auf eine Fläche unterhalb des Sternums) und ziehen manchmal auch nach oben, da gibt es einen stechenden Schmerz. Mir wird dann hundeelend, und ich möchte nur noch nach Hause und mich ins Bett legen. Oft ist es mir nicht mehr möglich zu arbeiten, oder ich werde langsamer.
- H: Aha, da ist zuletzt viel Druck bei der Arbeit entstanden, aber erzählen Sie mir zunächst mehr über die Bauchschmerzen.
- G: Nun, ich hatte so etwas früher nie.
- H: Seit wann bestehen die Bauchschmerzen?
- G: Die Bauchschmerzen begannen etwa vor 3 Monaten.
- H: Erzählen Sie mir mehr darüber, z. B. wann sie auftreten?
- G: Mir ist aufgefallen, dass meine Bauchschmerzen immer stärker werden, wenn ich meinen Chef sehe. Mir wird dann immer ein bisschen schlecht, und ich kann mich überhaupt nicht mehr konzentrieren wegen der Schmerzen.
- H: Ihr Chef?
- G: Ja, ich hatte keine Probleme, als er nicht da war. Er war 2 Wochen weg, und es ging mir ganz gut. Aber er ist auch viel da, obwohl ich nicht die ganze Zeit mit ihm zu tun habe.
- H: Nicht so viel mit ihm zu tun?
- G: Ich bin viel unterwegs, dann ist es besser, außer er versucht, mich zu erreichen.



Fallbeispiel aus Schweickhardt A, Fritzsche K (2007) Kursbuch ärztliche Kommunikation. Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis. Deutscher ÄrzteVerlag, Köln, S. 85

#### ■ ■ Kommunikationssituation 7

Meine sehr verehrten Damen und Herren. Ich freue mich, Ihnen heute die neuesten Ergebnisse unserer Untersuchung zur Wirksamkeit von Pulmosan bei chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen vorstellen zu können. Wie Sie wissen, leben in Deutschland schätzungsweise 4 Millionen Menschen mit dieser chronischen Erkrankung, deren Therapie und Management trotz deutlicher Erfolge in den letzten Jahren nach wie vor schwierig ist. Für die Untersuchung konnten wir 256 Patienten mit COPD gewinnen. Diese wurden per Zufall entweder der Therapie- oder der Placebogruppe zugeordnet. Weder Patient noch behandelnder Arzt kannten den Therapiemodus des individuellen Falls. Es handelte sich also um eine doppelt blinde, randomisierte Studie.



# Grundvokabular

- 3.1 Anatomische Abbildungen – 12**
  - 3.1.1 Allgemeine Anatomie – 12
  - 3.1.2 Spezielle Anatomie – 15
  - 3.1.3 Übungsbögen zur Wiederholung – 20
  
- 3.2 Die Materialien im Krankenhaus – 28**
  - 3.2.1 Richtig benennen – 28
  - 3.2.2 Richtig deklinieren – 31
  
- 3.3 Das Krankenhauspersonal – 33**
  
- 3.4 Die wichtigsten Orte und Abteilungen im Krankenhaus – 36**



### 3.1 Anatomische Abbildungen

#### Übung 3.1

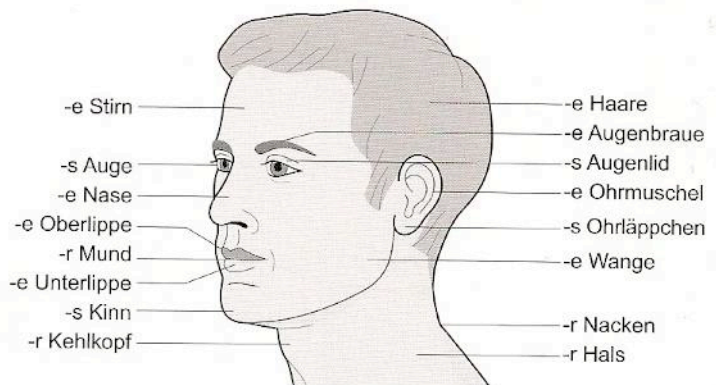
1. Bilden Sie zwei Gruppen. Eine Gruppe befasst sich mit den inneren Organen und eine mit den äußeren.
2. Fertigen Sie eine lebensgroße Skizze von einem Menschen auf Packpapier an und fügen Sie jeweils die inneren oder die äußeren Organe ein. Notieren Sie die Bezeichnung für das Organ, den Artikel und – falls gebräuchlich – die Pluralform.
3. Tragen Sie Ihre Ergebnisse der jeweils anderen Gruppe vor und ergänzen und korrigieren Sie sich gegenseitig.

Auf den folgenden Seiten finden Sie Abbildungen zur allgemeinen (Kopf und Körper) und speziellen Anatomie (Skelett, Herz-Kreislauf-System, Atmungssystem, Verdauungssystem, Harnsystem und Geschlechtsorgane), die Sie mit den deutschen Begriffen vertraut machen sollen (■ Abb. 3.1–3.10). Zum Teil werden zusätzlich auch die entsprechenden lateinischen Begriffe genannt. Am Ende dieses Abschnitts finden Sie die Abbildungen ohne Bezeichnungen wieder (■ Abb. 3.11–3.20). Diese Seiten können Sie für »Vokabelübungen« nutzen.

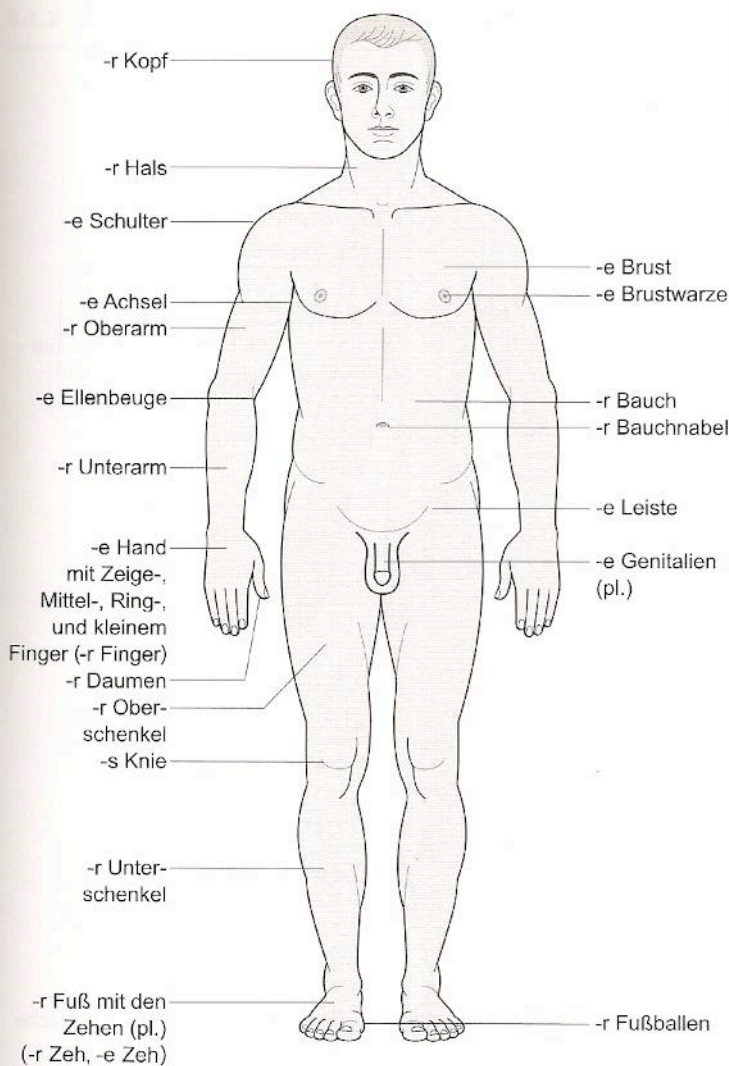
#### 3.1.1 Allgemeine Anatomie

##### ■ Abb. 3.1 Der Kopf

(Mod. Niemier, K. Seidel W (2009) Funktionelle Schmerztherapie des Bewegungssystems, Springer, Heidelberg)

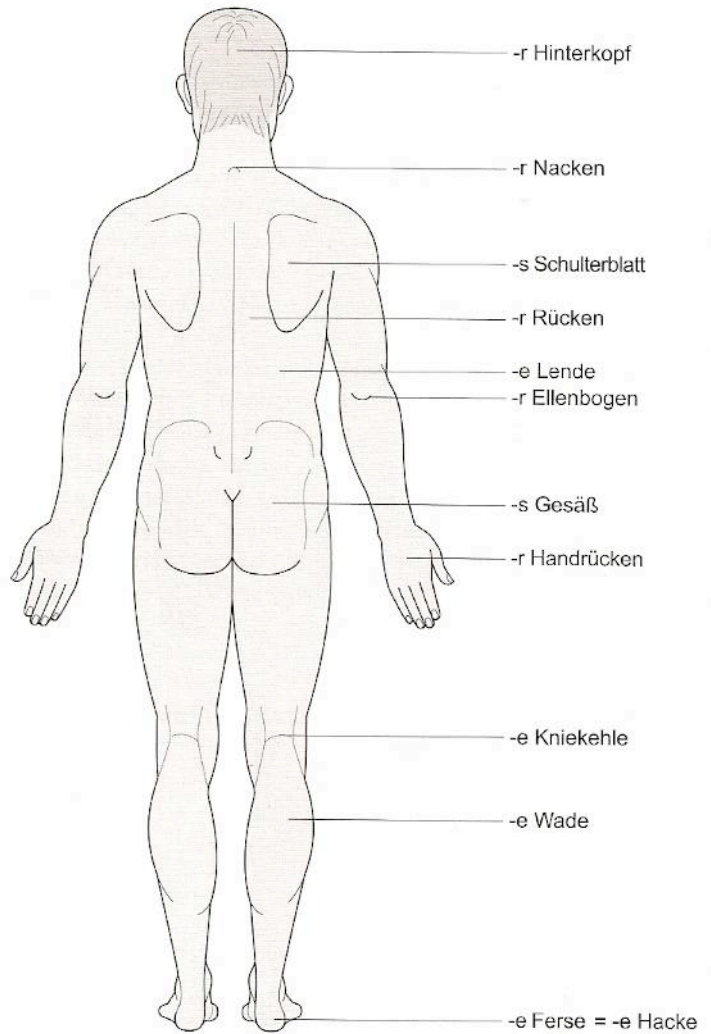




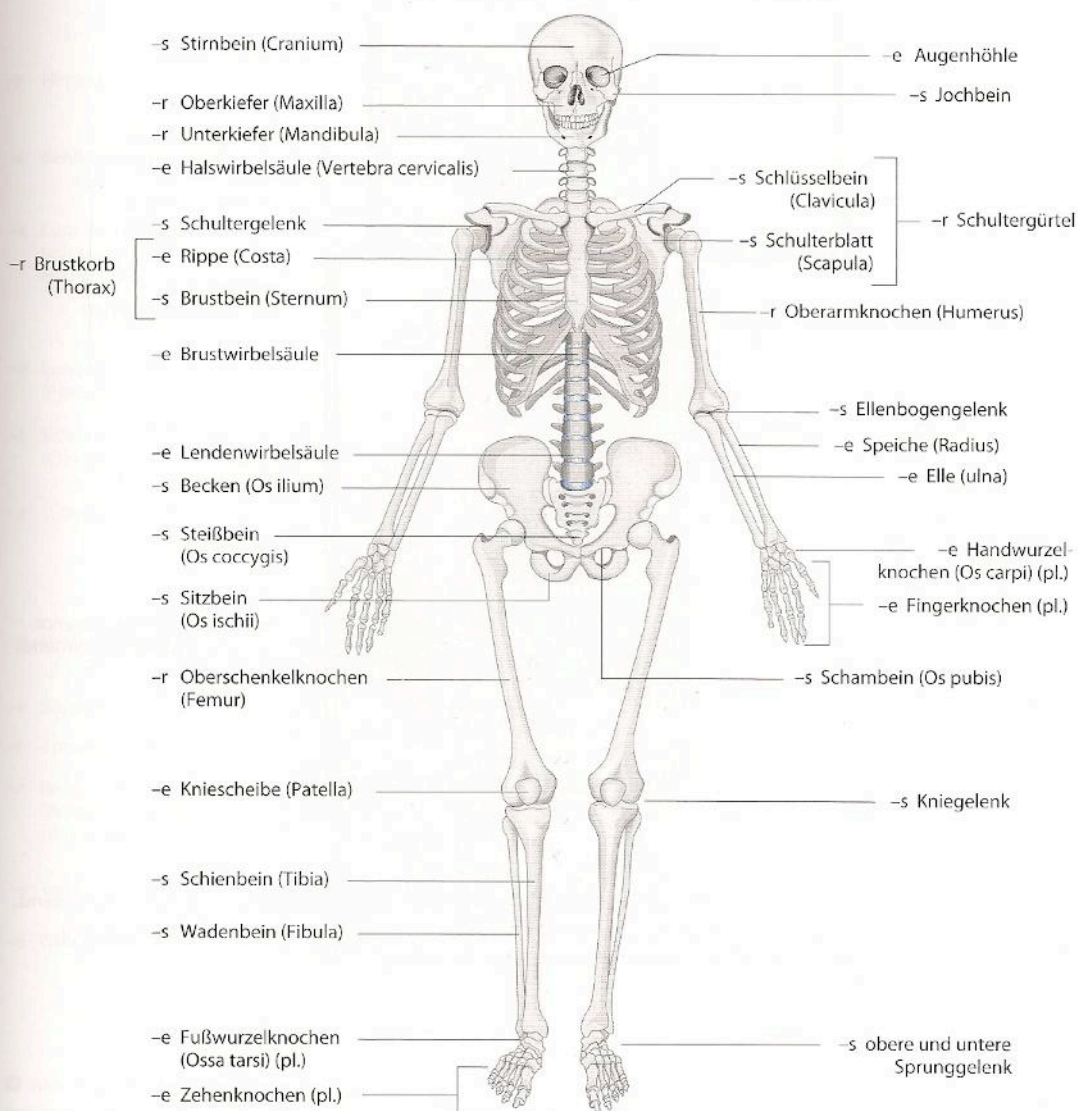


■ **Abb. 3.2** Der Körper, Vorderansicht  
(Mod. Niemier, K. Seidel W (2009) Funktionelle Schmerztherapie des Bewegungssystems, Springer, Heidelberg)

■ **Abb. 3.3** Der Körper, Rückansicht  
(Mod. Niemier, K. Seidel W (2009) Funktionelle Schmerztherapie des Bewegungssystems, Springer, Heidelberg)

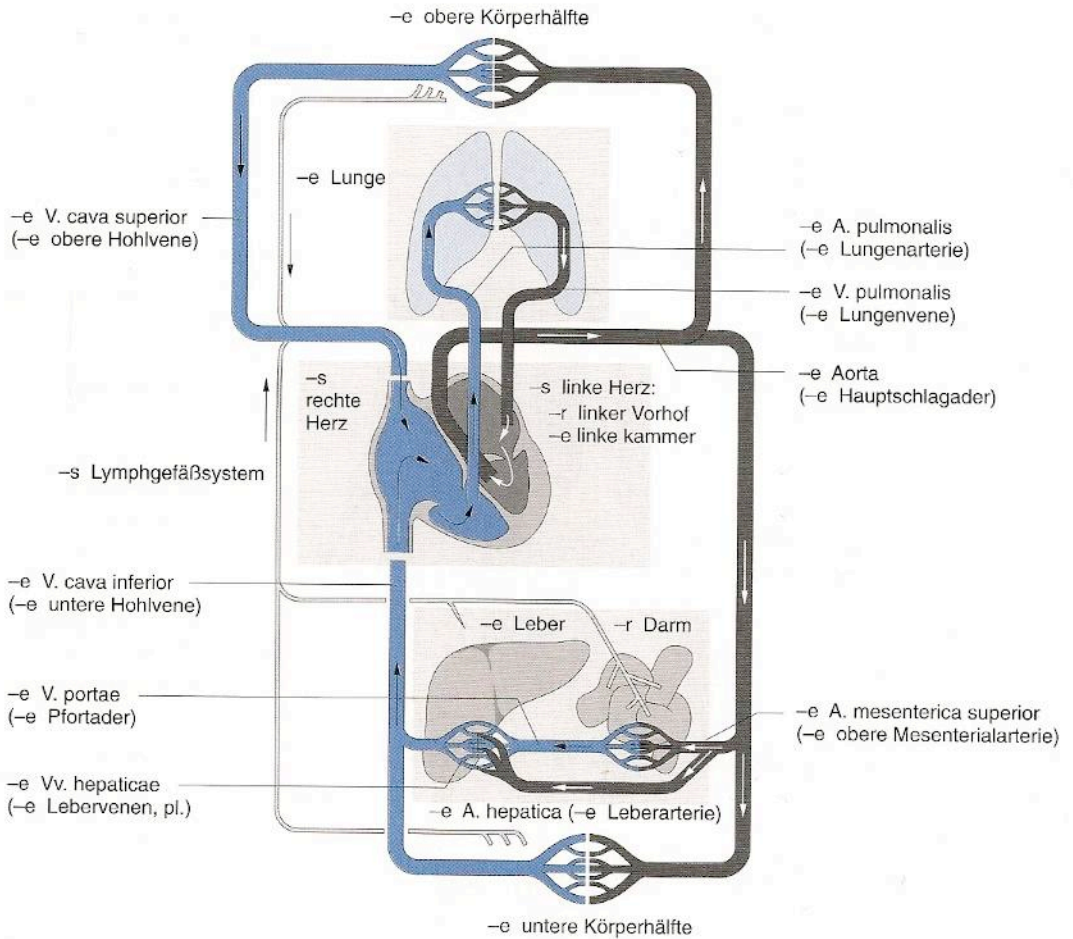


## 3.1.2 Spezielle Anatomie

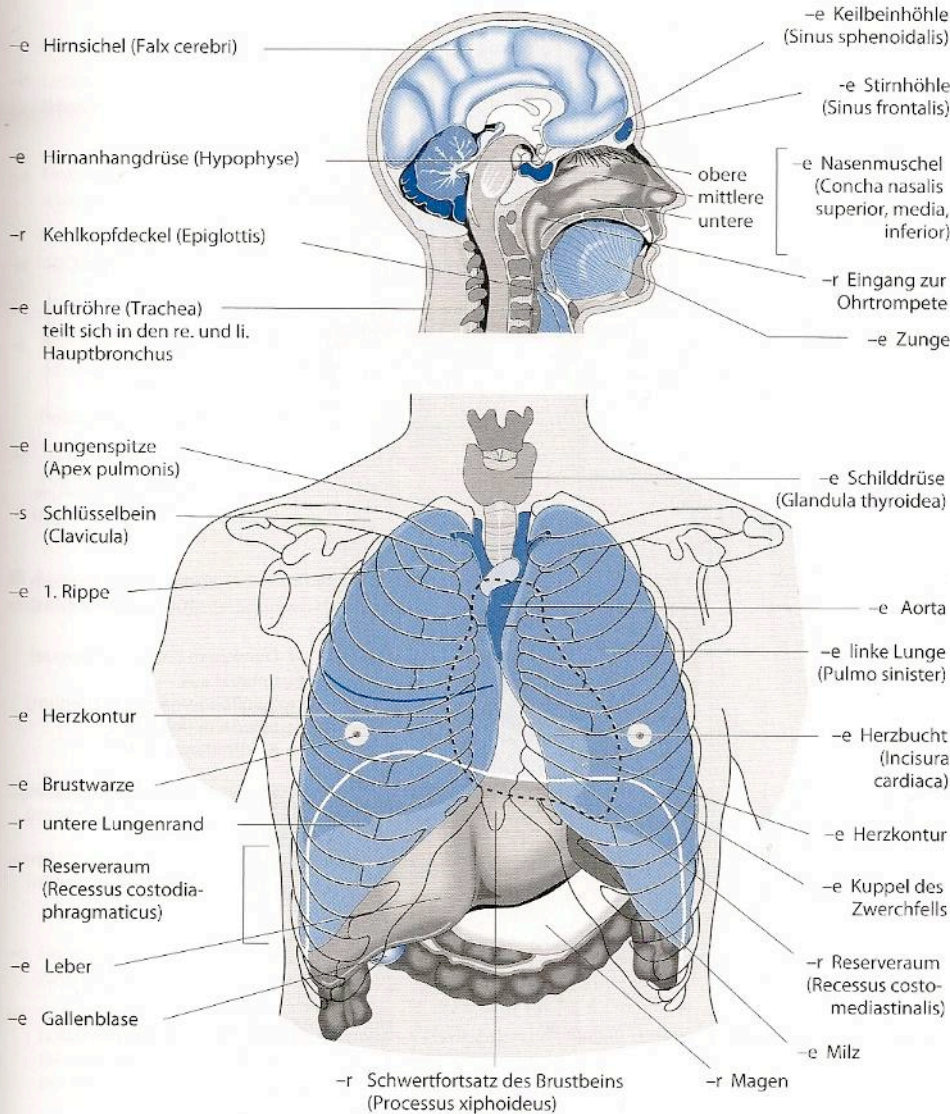


■ Abb. 3.4 Das Skelett (Mod. Spornitz U (2009) Anatomie und Physiologie – Arbeitsbuch, Springer, Heidelberg)

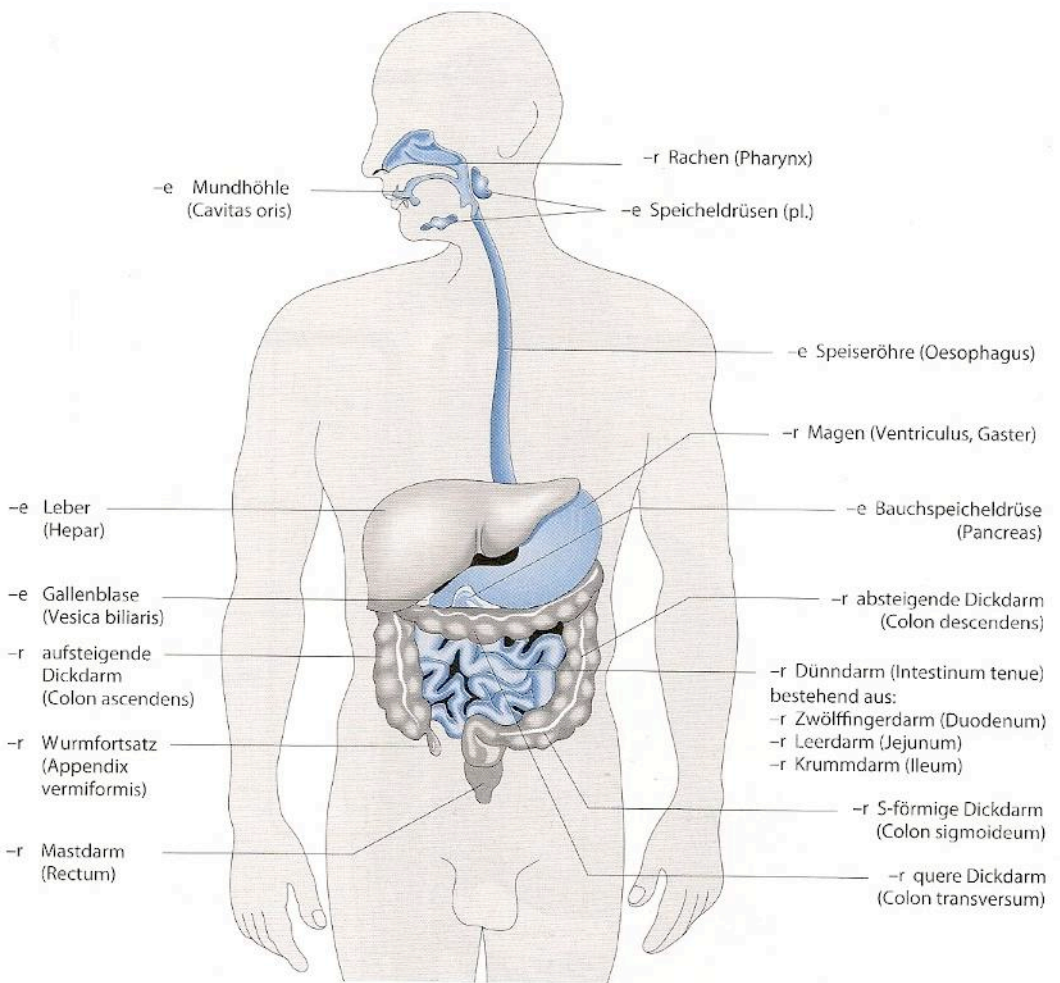




**Abb. 3.5** Das Herz-Kreislauf-System. Schematische Darstellung des großen und kleinen Kreislaufs sowie des Gefäßsystems. Die Pfeile geben die Strömungsrichtung an. Die Aufzweigungen der gezeichneten Gefäße stellen das Kapillarsystem dar (Mod. Spornitz U (2007) Anatomie und Physiologie 5. Auflage. Springer, Heidelberg)

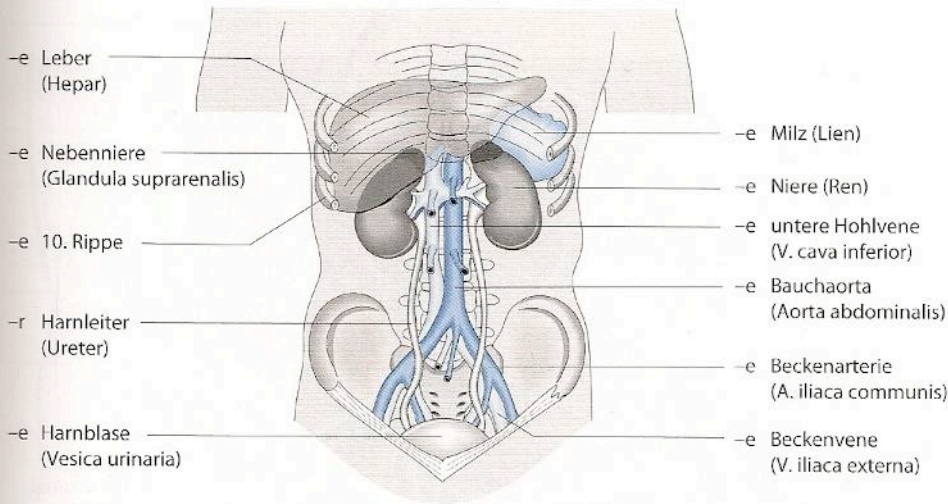


■ **Abb. 3.6** Das Atmungssystem. **a** Medianschnitt des Kopfes, auf dem die Nasenhöhle mit den Nasenmuscheln eingezeichnet ist. **b** Ventralansicht des Brustkorbs. Die Knochen des Brustkorbs und die Organe des Oberbauchs sind als Orientierungshilfe angegeben (Mod. Spornitz U (2007) Anatomie und Physiologie 5. Auflage. Springer, Heidelberg)

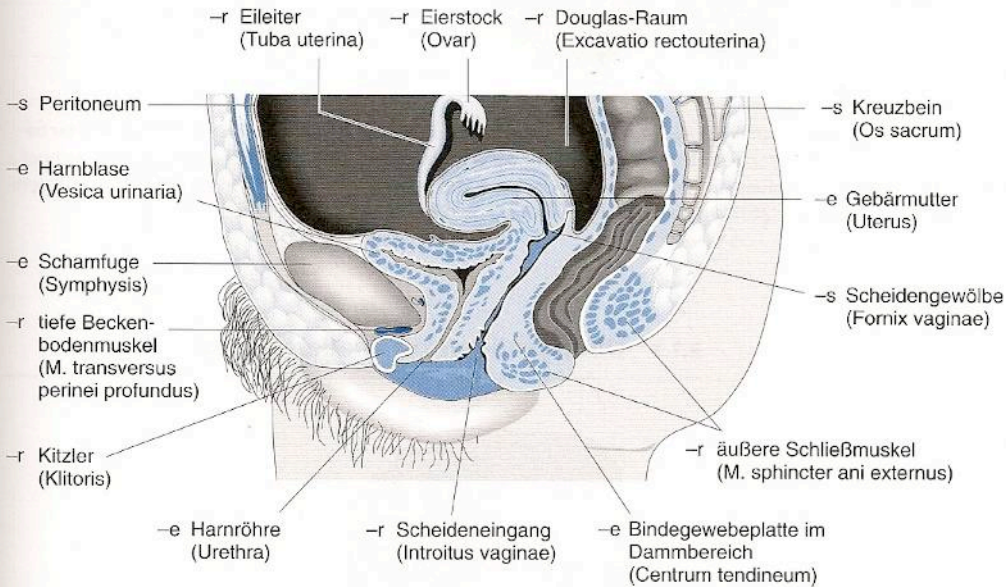


■ Abb. 3.7 Das Verdauungssystem (Mod. Spornitz U (2007) Anatomie und Physiologie 5. Auflage. Springer, Heidelberg)

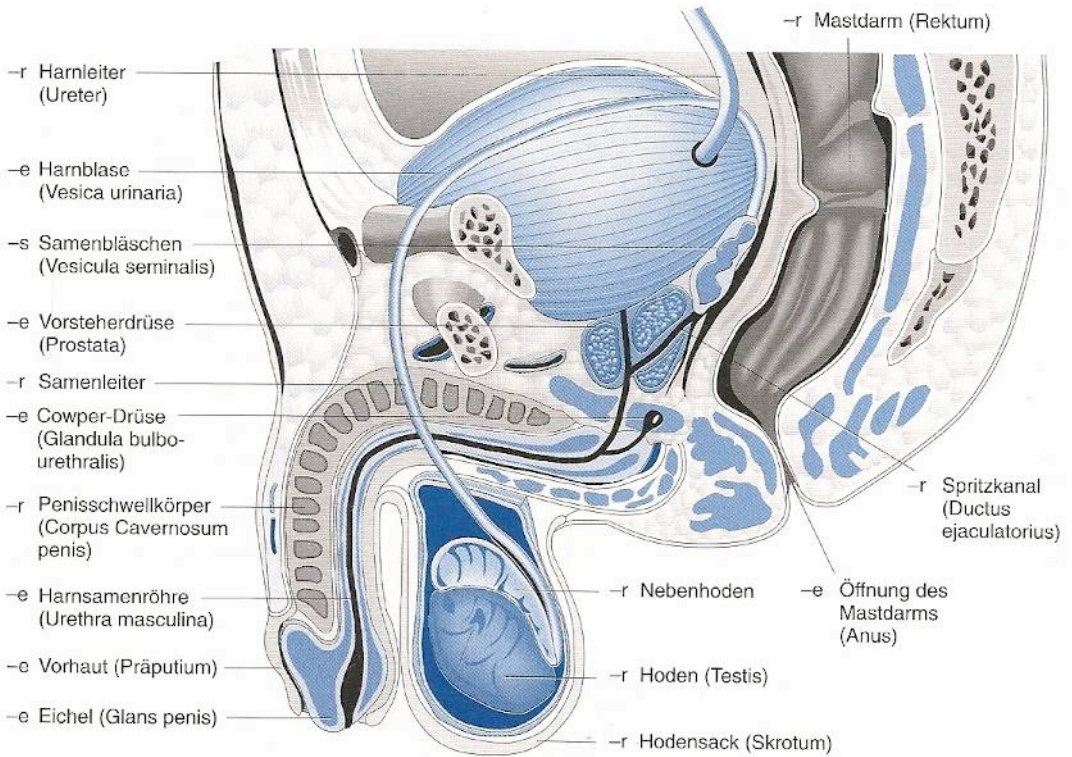




■ **Abb. 3.8** Das Harnsystem. Ventralansicht der inneren Organe und ihrer Lage im Körper (Mod. Spornitz U (2007) Anatomie und Physiologie 5. Auflage, Springer, Heidelberg)



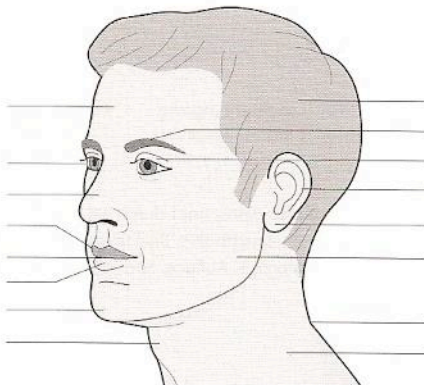
■ **Abb. 3.9** Die weiblichen Geschlechtsorgane. Medianschnitt durch ein weibliches Becken. Der Douglas-Raum (Excavatio rectouterina) ist der tiefste Punkt in der weiblichen Bauchhöhle. Bei Füllung der Blase steigt diese über den Rand der Symphyse auf (Mod. Spornitz U (2007) Anatomie und Physiologie 5. Auflage, Springer, Heidelberg)



■ **Abb. 3.10** Die männlichen Geschlechtsorgane. Medianschnitt durch den männlichen Beckenbereich. Der Samenleiter befindet sich eigentlich außerhalb der Schnittebene, ist aber wegen der Verdeutlichung der Zusammenhänge mit eingezeichnet worden. Auf der Höhe des Samenleiters sind deshalb auch 2 Anschnitte des Schambeins (Os pubis) und die äußere Harnblasenwand dargestellt (Mod. Spornitz U (2007) Anatomie und Physiologie 5. Auflage. Springer, Heidelberg)

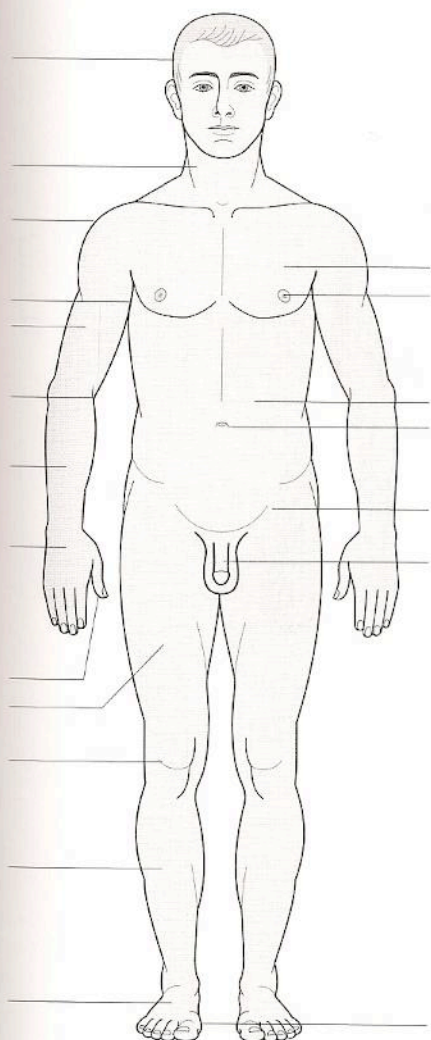
### 3.1.3 Übungsbögen zur Wiederholung

■ **Abb. 3.11** Der Kopf



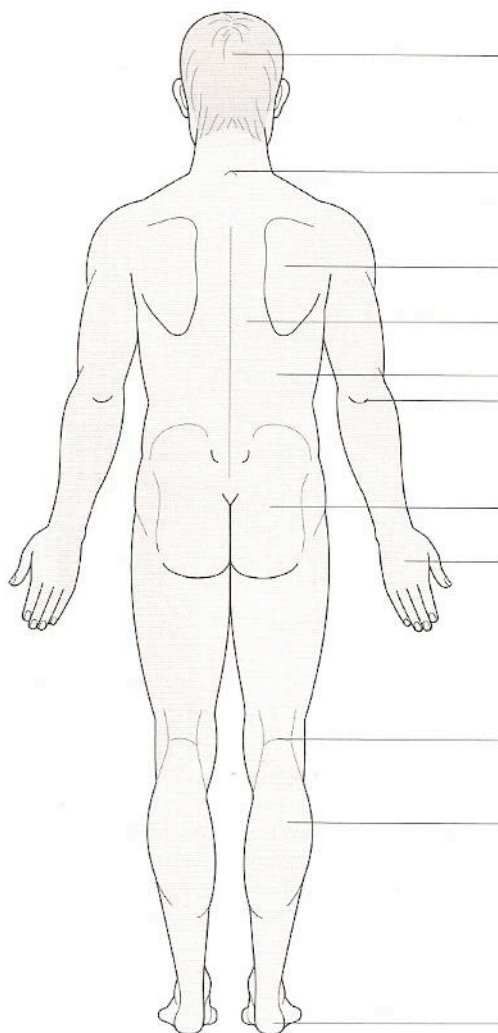
■ Abb. 3.12

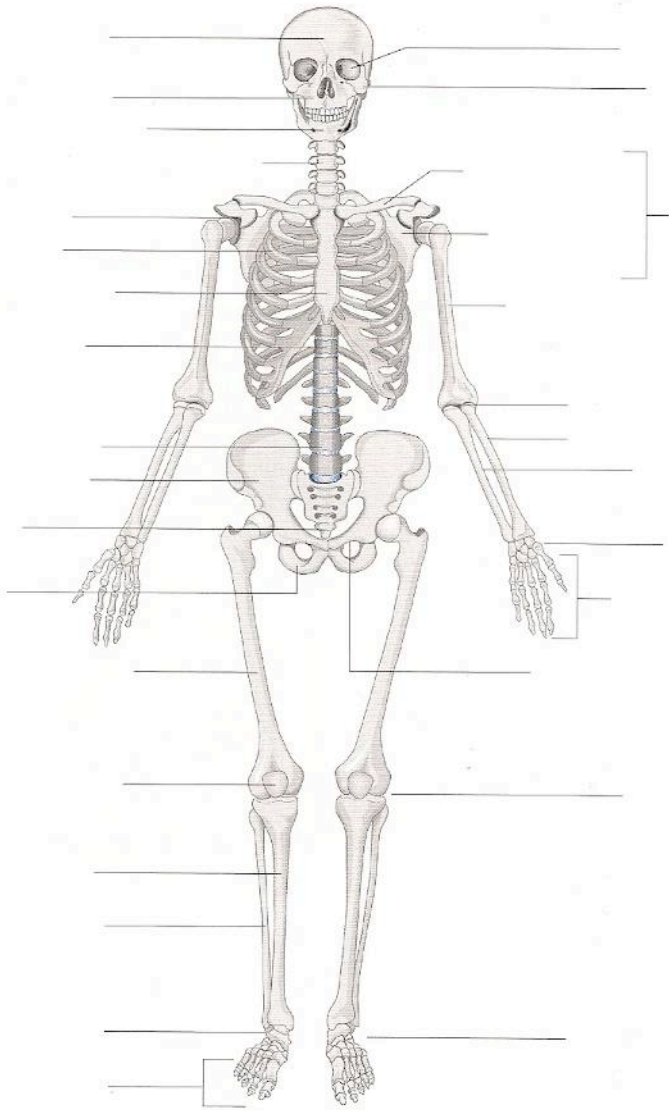
Der Körper, Vorderansicht





■ Abb. 3.13 Der Körper, Rückansicht

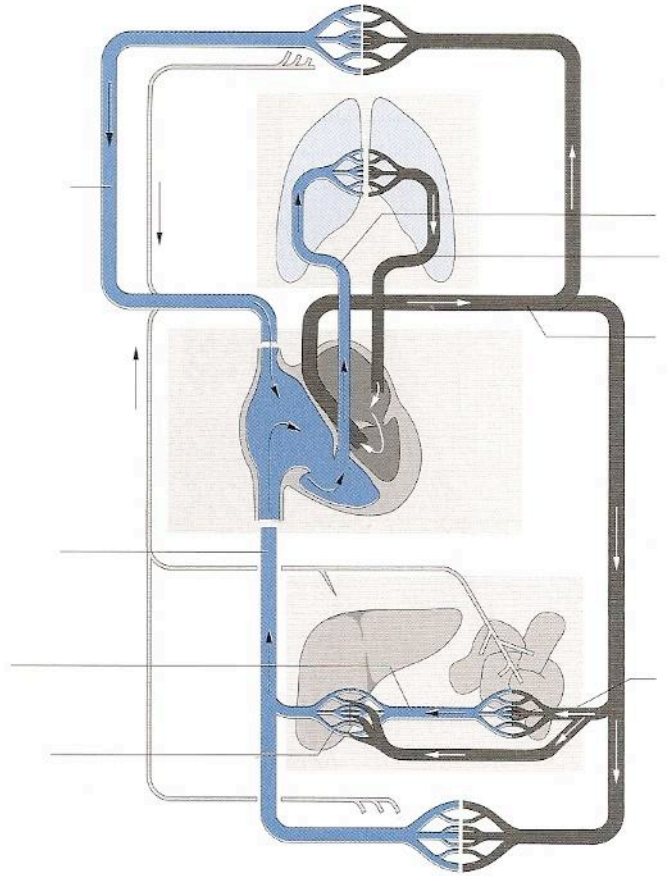




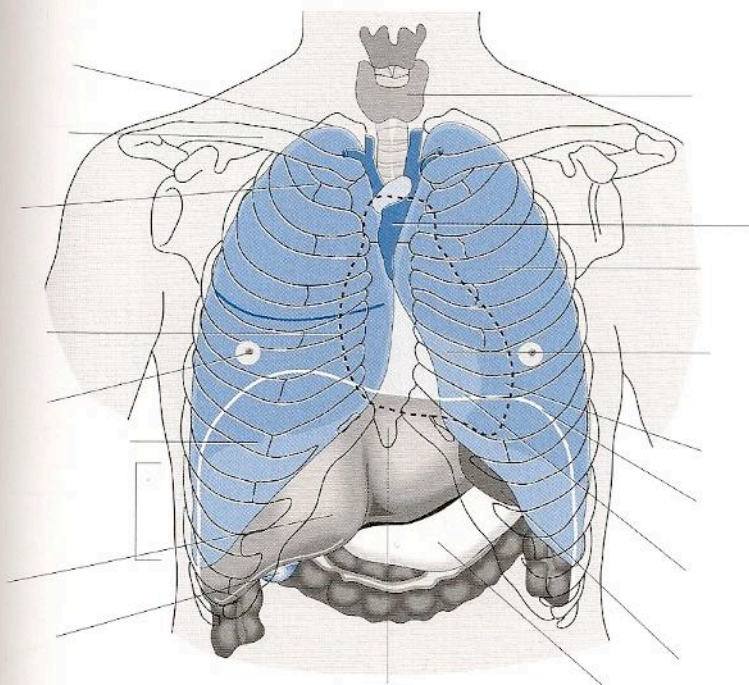
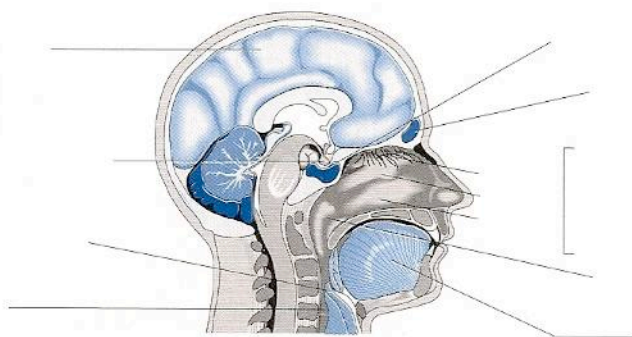
■ Abb. 3.14 Das Skelett



■ Abb. 3.15  
Das Herz-Kreislauf-System

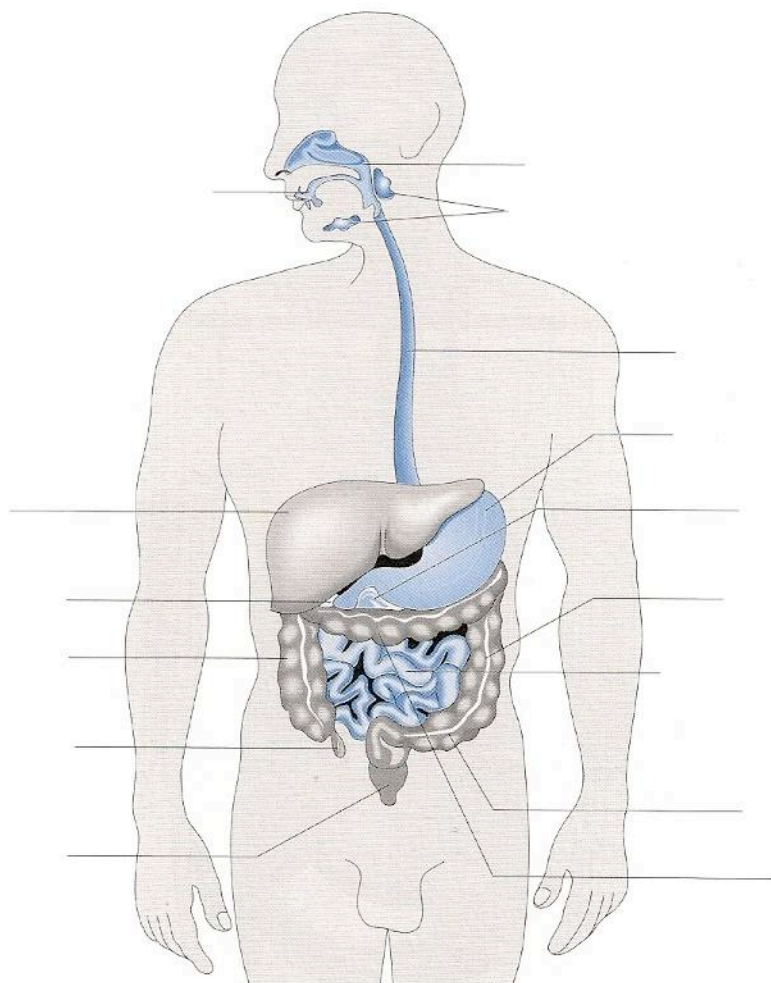


■ Abb. 3.16  
Das Atmungssystem

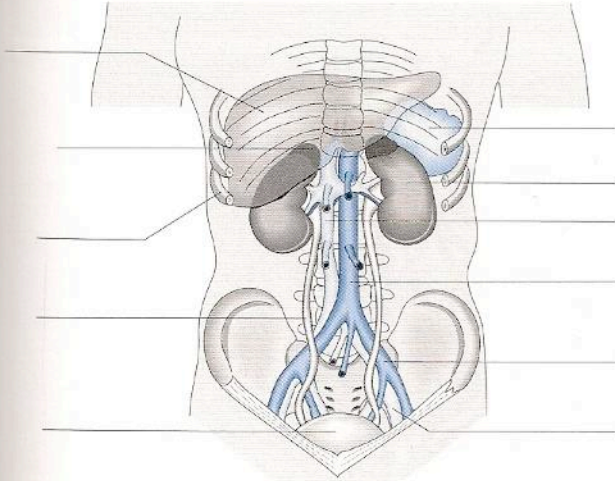




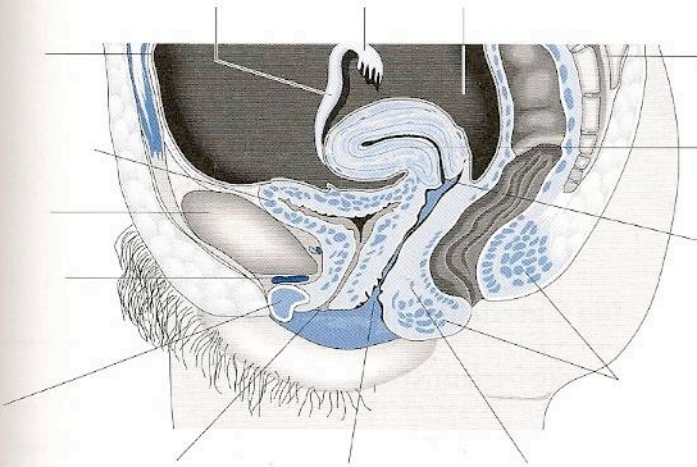
■ Abb. 3.17  
Das Verdauungssystem

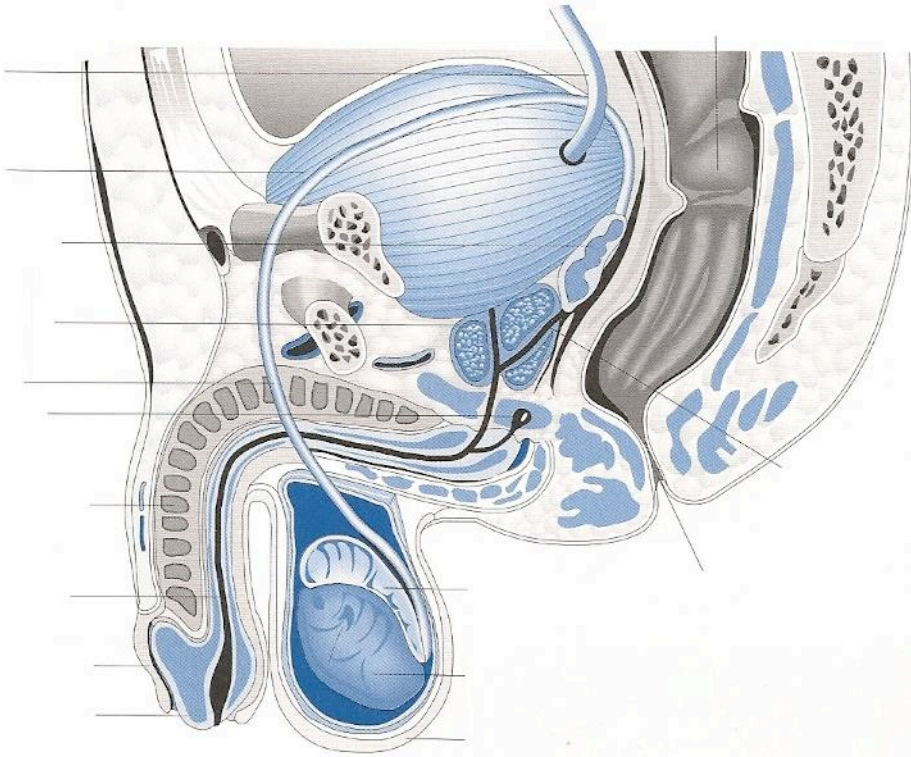


■ Abb. 3.18 Das Harnsystem



■ Abb. 3.19  
Die weiblichen Geschlechtsorgane





■ Abb. 3.20 Die männlichen Geschlechtsorgane

## 3.2 Die Materialien im Krankenhaus

### 3.2.1 Richtig benennen



3.1

#### Übung 3.2: Das Spiel

»Ich packe meinen Koffer ...«

- Ihr Dozent platziert zahlreiche Gegenstände, die im Krankenhaus verwendet werden, in der Mitte des Tisches.
- Wählen Sie der Reihe nach einen Gegenstand aus, legen Sie ihn in die herumgehende Kiste und zählen Sie auf: »Ich packe meinen Koffer und nehme mit: ein Stethoskop, ein Fieberthermometer, usw.«
- Die Liste wird immer länger, und Sie müssen sich an immer mehr Gegenstände erinnern.

In ■ Tab. 3.1 finden Sie eine Auflistung der wichtigsten Begriffe. Sie bietet in der 3. Spalte Platz für persönliche Anmerkungen oder Übersetzungen in Ihre entsprechende Muttersprache.



■ **Tab. 3.1** Die Materialien im Krankenhaus

A	-r (Wund-) Abstrich, e -e (Patienten-) Akte, n -r Ausstrich, e -r Augenspiegel, =	
B	-r Befund, e -s Blutbild, er -s Blutröhrchen, = -s Blutabnahmeröhrchen, = -e Biopsie, n -e Binde, n -e Braunüle, n = e Flexüle, n = e Venenverweilkanüle, n = -r periphere venöse Zugang, Zugänge -r Butterfly, s	
C	-e Creme, s	
D	-s Desinfektionsmittel, = -r Defibrillator, en	
E	-e (EKG-) Elektrode, n -s EKG-Lineal, e	
F	-r Faden, Fäden -s Fadenmesser, = -s Fieberthermometer, =	
G	-e Gehhilfe, n (ugs. -e Krücke, n) -r Gips, e -e Gipsschiene, n	
H	-e Halskrawatte, n -r Haken, = -r (Untersuchungs-, Einmal-, sterile) Handschuh, e -e (OP-)Haube, n -s Heftpflaster, =	
I	-e Infusion, en -s Infusionsset, s -s Inhalationsspray, s	
K	-r Kauter, = -r Kittel, = -r Katheter, = -e Kanüle, n -e Klemme, n -e Kompressen, n -r Krankenwagen, =	
L	-s Labor, s -e Lampe, n -s Leukoplast, –	

Tab. 3.1 Fortsetzung

M	-r Mundschutz, – -e Mullbinde, n -r Multiadapter, =	
N	-e Nadel, n -r Nadelhalter, = -s Nahtmaterial, ien -s Namensschild, er	
O	-r Ohrenspiegel, =	
P	-s Pflaster, = -e Pille, n -e Pinzette, n -e Pupillenleuchte, n	
R	-r Rasierer, = -r Reflexhammer, = -s Röntgenbild, er -r Rollstuhl, -stühle	
S	-e Salbe, n -e Schere, n -s Skalpell, e -r Spatel, = -e Spritze, n -r Stauschlauch, -schläuche -s Stethoskop, e -s Stuhlprobenröhrchen, =	
T	-s Thermometer, = -r Tupfer, = -s Tuch, »er -e Tablette, n -r Tubus, en = -r Endotrachealtubus, en	
U	-e Untersuchungslicge, n -e Untersuchungslampe, n	
V	-r Verband, Verbände	
W	-e Watte, – -e Wärmflasche, n	
Z	-e Zange, n -s Zäpfchen, = -r Zugang, Zugänge	



3.2.2 Richtig deklinieren

Kleine Grammatik: Adjektivdeklinaton im medizinischen Kontext

1. Lesen Sie die folgenden Sätze, markieren Sie jeweils die Subjekte und Objekte und bestimmen Sie sie: Subjekt oder Objekt, Dativ- oder Akkusativobjekt, Geschlecht, bestimmter oder unbestimmter Artikel. Die Auflösung finden Sie im Lösungsteil am Ende des Buches (► Anhang C).
- a. Brauchen Sie den breiten Tubus oder den schmalen?

b. Ich suche eine funktionierende Venenverweilkanüle.

c. Das neue Fieberthermometer ist verschwunden.

d. Das alte Stethoskop liegt auf dem weißen Tisch.

e. Die schmutzige Spritze landete im Müll.

f. Bitte setzen Sie sich auf einen kleinen Stuhl.

g. Ich kann Ihnen einen sehr guten Kardiologen empfehlen, der gleich um die Ecke wohnt.

h. Bitte heben Sie Ihren linken Arm.

i. Ich zeige Ihnen nun das beste Skalpell, das zu unserer Ausrüstung gehört.

j. Ich gebe Ihnen jetzt einen guten Rat: ...

k. Bitte folgen Sie meinem kleinen Finger mit den Augen, ohne den Kopf zu bewegen.
1. Deklinieren Sie Nomen und Adjektive mit unbestimmtem und bestimmtem Artikel im Singular und Plural. Ergänzen Sie dazu
- Tab. 3.2–3.5. Die Auflösung finden Sie im Lösungsteil am Ende des Buches (► Anhang C).
- a. der scharfe Rasierer

b. die sterile Komresse

c. das neue Infusionsset

Übung 3.3

Übung 3.4

■ Tab. 3.2 Singular, bestimmt (■ Übung 3.4, Lösung ► Anhang C)

	masculinum	femininum	neutrum
Nominativ	der scharfe Rasierer		
Genitiv			
Dativ			
Akkusativ			



Tab. 3.3 Plural, bestimmt (Übung 3.4, Lösung ► Anhang C)

	masculinum	femininum	neutrum
Nominativ	die scharfen Rasierer		
Genitiv			
Dativ			
Akkusativ			

Tab. 3.4 Singular, unbestimmt (Übung 3.4, Lösung ► Anhang C)

	masculinum	femininum	neutrum
Nominativ	ein scharfer Rasierer		
Genitiv			
Dativ			
Akkusativ			

Tab. 3.5 Plural, unbestimmt (Übung 3.4, Lösung ► Anhang C)

	masculinum	femininum	neutrum
Nominativ	scharfe Rasierer		
Genitiv			
Dativ			
Akkusativ			

- Übung 3.5** 2. Bilden Sie abschließend 5 logische (grammatikalisch und inhaltlich korrekte) Sätze aus dem medizinischen Kontext, in denen Sie die Adjektivdeklinaton **bewusst** anwenden, und bestimmten Sie die Subjekte und Objekte.

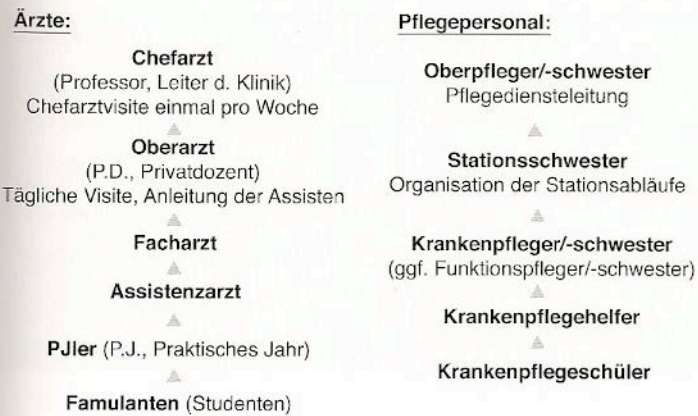
3.3 Das Krankenhauspersonal

- 1. Welche Berufe und Funktionsbereiche gibt es in einem Krankenhaus in Ihrer Heimat? Machen Sie sich Stichpunkte und fertigen Sie gegebenenfalls eine Skizze zur herrschenden Hierarchie an.
- 2. Vergleichen Sie Ihre Ergebnisse. In welchen Ländern ist die Struktur der Krankenhäuser ähnlich und in welchen verschieden? Was für Ähnlichkeiten und Unterschiede gibt es? Diskutieren Sie.
- 3. Lesen Sie nun den folgenden Text zu der Hierarchie und Organisation in einem deutschen Krankenhaus und besprechen Sie ihn anschließend gemeinsam. Achten Sie dabei auch auf folgende Aspekte:
  - Was hat Sie besonders überrascht?
  - Welche Aspekte kamen Ihnen bekannt vor?
  - Bezüglich welcher Aspekte haben Sie andere Erfahrungen gemacht?
- 4. Was gefällt Ihnen an der Funktionsweise und Struktur eines Krankenhauses in Deutschland, und was finden Sie fragwürdig?

Übung 3.6

In der Skizze ist die Organisationsstruktur der wichtigsten Personen des Krankenhauspersonals dargestellt (■ Abb. 3.21). Die linke Spalte gibt die Hierarchie der Krankenhausärzte wieder, die rechte Spalte die des Pflegepersonals. Ärzte und Pflegepersonal arbeiten jeweils selbstständig und unabhängig voneinander, wobei eine gute Zusammenarbeit für ein effektives Funktionieren einer Krankenhausstation unerlässlich ist. Ärzte sind dem Pflegepersonal gegenüber weisungsbefugt, d. h. sie können das Pflegepersonal anweisen, bestimmte Maßnahmen durchzuführen, wenn dies medizinisch indiziert ist.

Außer Ärzten und Pflegern gibt es noch einige weitere Personen im Gesundheitsbereich, die auf der Skizze nicht aufgeführt sind. So unterstützen Physiotherapeuten die Heilung der Patienten durch Krankengymnastik. Ergotherapeuten helfen den Patienten bei der Wiedererlangung von praktischen Fertigkeiten, die für das erfolgreiche Bestehen im Alltag wichtig sind. Logopäden führen ein spe-



■ Abb. 3.21  
Das Krankenhauspersonal



zielles Sprechtraining durch, um beispielsweise eine Einschränkung des Sprechens nach einem Schlaganfall wieder zu beheben. Sozialarbeiter kümmern sich um die Organisation von Pflegemaßnahmen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. So organisieren sie, wenn nötig, einen Platz in einem Pflegeheim oder beantragen Unterstützung durch die Pflegeversicherung. Medizinisch-technische Assistenten (MTAs) helfen bei der Durchführung von technischen Untersuchungen, wie z. B. der Analyse von Blutproben im Zentrallabor oder der Aufnahme von Röntgenbildern. Zivildienstleistende (Zivis) arbeiten in unterschiedlichen Bereichen im Krankenhaus, häufig sind sie in der Pflege tätig und einem Krankenpfleger zugeordnet.

In ■ Tab. 3.6 sind die wichtigsten Personen noch einmal in Listenform aufgeführt, damit Sie sich Notizen zu den einzelnen Begriffen machen können und diese ggf. übersetzen können.

#### ■ ■ Anmerkungen zur Notierung

Die weibliche Form von »Arzt« ist immer »Ärztin«, so auch in Wortzusammensetzungen wie »Oberarzt« – »Oberärztin«. Soweit nicht anders notiert, ist sonst die weibliche Form der genannten Berufsbezeichnungen »in« und die Pluralform »nen« (der Patient – die Patientin; die Patienten – die Patientinnen).

■ Tab. 3.6 Die wichtigsten Personen im Gesundheitswesen

	Persönliche Anmerkungen und Übersetzung
<b>Der Patient</b>	
-r Patient, en	
<b>Die Angehörigen</b>	
-r (Ehe- oder Lebens-) Partner	
-e (Ehe- oder Lebens-) Partnerin, nen	
-r Ehemann, -männer	
-e Ehefrau, en	
-r Freund, e	
-r Besuch, –	
■ e Eltern, –	
■ s Kind, er	
■ e/r Verwandte, n	
■ e/r Bekannte, n,	
■ e Freundin, nen	
■ r Freund, e	
■ etc.	



Tab. 3.6 Fortsetzung

	Persönliche Anmerkungen und Übersetzung
<b>Das Pflegepersonal</b>	
-e Gesundheits- und Krankenpflegerin, nen (alte, noch sehr gebräuchliche Bezeichnung: die Krankenschwester, n)	
-r Gesundheits- und Krankenpfleger, =	
-e Schwesternschülerin, nen	
-e Oberschwester, n	
-e Stationsschwester, n	
-e Funktionsschwester, n	
-r Zivildienstleistende, n (Zivi)	
<b>Das ärztliche Personal</b>	
-r Arzt, Ärzte = »Herr Doktor«	
-e Ärztin, nen = »Frau Doktor«	
-r Oberarzt, -ärzte	
-r Chefarzt, -ärzte (ggf. »Frau« oder »Herr Professor«)	
-r Stations- oder Assistenzarzt	
-r Facharzt	
-r PJler, = (Student im praktischen Jahr)	
-r Famulant, en	
-r Student, en	
-r Studierende, n	
<b>Die Fachärzte</b>	
-r Allgemeinmediziner, =	
-r Augenarzt (= -r Ophthalmologe, n)	
-r Chirurg, en	
-r Frauenarzt (= -r Gynäkologe, n)	
-r Hautarzt (= -r Dermatologe, n)	
-r HNO-Arzt (HNO = Hals-Nase-Ohren)	
-r Internist, en	
-r Kinderarzt (= -r Pädiater)	
-r Neurologe, n	
-r Orthopäde, n	



■ Tab. 3.6 Fortsetzung

	Persönliche Anmerkungen und Übersetzung
-r Psychiater, =	
-r Radiologe, n	
-r Urologe, n	
-r Zahnarzt, -ärzte	
<b>Sonstige</b>	
-r Apotheker, =	
-e Arzthelferin, nen	
-r Krankengymnast, en	
-r Arbeitstherapeut, en (= -r Ergotherapeut, en)	
-r Pförtner, =	
-r Wachschutz, -	
-e Sekretärin, nen	
-r Sachbearbeiter, =	

### 3.4 Die wichtigsten Orte und Abteilungen im Krankenhaus

#### ■ ■ Anmerkung zur Notierung

Die Pluralform der wichtigsten Orte (■ Tab. 3.7) und Abteilungen (■ Tab. 3.8) im Krankenhaus wird nur angegeben, sofern sie gebräuchlich ist.

■ Tab. 3.7 Die wichtigsten Orte im Krankenhaus

	Persönliche Anmerkungen und Übersetzung
-e Station, en	
-e Aufnahme	
-e Ambulanz	
-r Geräteraum	
-r Hörsaal, -säle	
-e Intensivstation	
-s Krankenzimmer, =	
-r Kreißsaal, -säle	



■ Tab. 3.7 Fortsetzung

	Persönliche Anmerkungen und Übersetzung
-s Labor	
-e Mensa (= -e Kantine)	
-r OP, s (= Operationssaal)	
-e Poliklinik, en	
-e Praxis, en	
-e Rettungsstelle	
-e Röntgenabteilung	
-s (Schwestern-/Arzt-/Dienst-/Untersuchungs-) Zimmer	
-s Sekretariat (= -s Büro, s)	
-r Seminarraum, -räume	

■ Tab. 3.8 Die wichtigsten Abteilungen im Krankenhaus

	Persönliche Anmerkungen und Übersetzung
-e Allgemeinmedizin	
-e Augenheilkunde (= -e Ophthalmologie)	
-e Chirurgie	
-e Dermatologie	
-e Gynäkologie	
-e Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	
-e Innere Medizin	
-e Kinderheilkunde (= -e Pädiatrie)	
-e Neurologie	
-e Orthopädie	
-e Psychiatrie	
-e Radiologie	
-e Urologie	
-e Zahnmedizin	



# Das deutsche Gesundheitssystem

- 4.1 Das Gesundheitssystem  
im internationalen Vergleich – 40**
- 4.2 Das Gesundheitssystem in Deutschland – 41**
  - 4.2.1 Organisation und Struktur – 41
  - 4.2.2 Finanzierung – 42
  - 4.2.3 Ambulante ärztliche Gesundheitsversorgung – 43
  - 4.2.4 Stationäre ärztliche Gesundheitsversorgung – 44
  - 4.2.5 Diagnosen – 44
  - 4.2.6 Statistische Angaben (2004) – 45
- 4.3 Von der Erkrankung zur Genesung:  
Ein Weg mit vielen Stationen – 45**
- 4.4 Vergleichen Sie selbst – 48**



- Übung 4.1**
1. Welche Aspekte des deutschen Gesundheitssystems interessieren Sie? Gestalten Sie Ihre Ideen und Fragen in der Form eines Assoziogramms an der Tafel (■ Abb. 4.2).
  2. Suchen Sie sich jeweils 3 im folgenden Text beschriebene Aspekte des deutschen Gesundheitssystems heraus, die Sie genau lesen. Unterstreichen Sie die Schlüsselwörter. Arbeiten Sie in 2er-Gruppen.
  3. Berichten Sie anschließend den anderen Lernenden von dem, was Sie aus dem Text erfahren haben. Formulieren Sie in Ihren eigenen Worten.

#### 4.1 Das Gesundheitssystem im internationalen Vergleich

Ein zentrales politisches Steuerungsinstrument des Gesundheitswesens ist das Finanzierungssystem. Hiernach lassen sich die Gesundheitssysteme der OECD-Länder in 3 Typen einteilen:

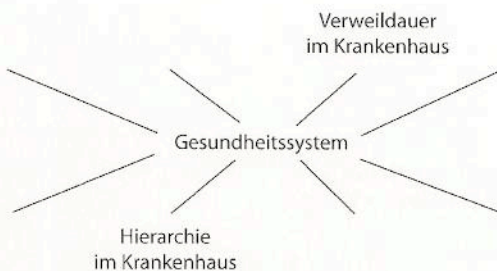
- Typ **Nationaler Gesundheitsdienst**: Finanzierung aus Steuermitteln (z. B. Großbritannien, Italien, Finnland).
- Typ **Sozialversicherung**: Finanzierung durch gesetzliche Krankenversicherung oder gesetzliche Pflichtversicherung, (z. B. Deutschland, Frankreich).
- Typ **Privatversicherung**: Finanzierung individuell oder durch Beiträge der Unternehmer (z. B. USA).

Mischformen dieser Typen sind häufig. In vielen Ländern hat der Anteil der öffentlichen Ausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben abgenommen.

Im internationalen Vergleich verfügt Deutschland über eine überdurchschnittlich große Zahl an Ärzten, Fachärzten, Psychotherapeuten, Zahnärzten, Sozialpädagogen, Pflegepersonen und Krankenhausbetten. Dazu kommen Angehörige anderer Heilberufe, Apotheker und ihr Personal. Etwa jeder 10. Beschäftigte (4,2 der 39 Millionen Erwerbstätigen) arbeitet in der Gesundheitswirtschaft.

Einzigartig ist am deutschen Gesundheitssystem im internationalen Vergleich die weitgehende Trennung in ambulante und stationäre Versorgung.

■ Abb. 4.1 Assoziogramm »Gesundheitssystem«



## 4.2 Das Gesundheitssystem in Deutschland

### 4.2.1 Organisation und Struktur

Die **gesetzliche Krankenversicherung (GKV)** wurde ursprünglich als eine Pflichtversicherung für die Industriearbeiterschaft gegründet. Sie finanziert sich überwiegend durch Beiträge auf die Arbeits-einkommen der Arbeitnehmer. Die wichtigsten Entscheidungen im deutschen Gesundheitswesen werden von den Verbänden der Krankenkassen bzw. der Leistungserbringer auf Landes- und Bundesebene getroffen (Modell der korporatistischen Steuerung).

Das Versorgungsangebot wird abgesehen von staatlichen Krankenhäusern weitgehend privat erbracht. Es dominieren freie Berufe wie Ärzte und Apotheker sowie private Großunternehmen (z. B. in der pharmazeutischen oder medizintechnischen Industrie). Krankenhäuser werden häufig in gemeinnütziger Trägerschaft geführt, jedoch zunehmend privatisiert. Der Staat beteiligt sich als Leistungserbringer nur nachrangig: in Form von Gesundheitsämtern, kommunalen Krankenhäusern oder Hochschulkliniken.

Das Monopol der **kassenärztlichen Vereinigung** – ihr gehören automatisch alle Ärzte und Psychotherapeuten an, die zur ambulanten Behandlung von Kassenpatienten zugelassen oder ermächtigt sind – sowie die damit verknüpfte strenge Trennung zwischen ambulanter und stationärer medizinischer Versorgung sind ein charakteristisches Element des deutschen Gesundheitswesens. In engem Zusammenhang damit ist auch die insgesamt geringe Integration der gesundheitlichen Versorgung zu sehen: Im ambulanten Bereich dominiert die kleinbetriebliche Struktur der Einzelarztpraxis. Größere Einrichtungen, die besser in der Lage sind, komplexe Versorgungsaufgaben zu erfüllen, sind – anders als bei den Polikliniken, die in der DDR üblich waren – bisher kaum entstanden.

Am deutschen Gesundheitswesen sind insgesamt folgende Personen und Institutionen beteiligt:

- der Staat (Bund, Länder, Landkreise und Gemeinden),
- die Krankenversicherungen,
- die Unfall-, Pflege- und Rentenversicherung,
- die Kassenärztlichen Vereinigungen,
- die Arbeitgeber und Arbeitnehmer und ihre Verbände,
- weitere im Gesundheitswesen tätige Interessenverbände und nicht zuletzt
- die Patienten, z. T. vertreten durch Patientenverbände und Selbsthilfeorganisationen.

Weite Bereiche des deutschen Gesundheitswesens – v. a. die GKV – werden durch Bundesgesetze geregelt. Die Gesundheitspolitik wird in den Parteien und Fraktionen entwickelt.



### 4.2.2 Finanzierung

Das Gesundheitssystem wird überwiegend durch Versicherungsbeiträge finanziert, die bei der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) paritätisch (= zu gleichen Anteilen) von Arbeitnehmern und Arbeitgebern aufgebracht werden. Knapp 90% der Bevölkerung sind in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Die GKV ist eine Solidargemeinschaft, in der die Starken die Lasten der Schwachen mit übernehmen. Dieses Prinzip unterscheidet die GKV grundlegend von privatwirtschaftlichen Versicherungen.

Die Beiträge in der GKV orientieren sich an der Höhe des jeweiligen Einkommens. Familienmitglieder sind unter bestimmten Bedingungen beitragsfrei mitversichert. Der Leistungsanspruch ist unabhängig von der Höhe der gezahlten Beiträge, allerdings begrenzt auf Leistungen, die notwendig, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind.

Derzeit gibt es ca. 280 GKV-Kassen, die in Landes- und Bundesverbänden organisiert sind. Seit Einführung der Wahlfreiheit der Versicherten im Jahr 1996 stehen die Kassen im Wettbewerb um Mitglieder.

- Etwa 9% der Bevölkerung sind in der Privaten Krankenversicherung (PKV) versichert. Hier richten sich die Prämien grundsätzlich nach dem vereinbarten Leistungsumfang und nach dem Versicherungsrisiko, welches das PKV-Unternehmen übernimmt, indem es diese Person versichert: nach dem allgemeinen Gesundheitszustand,
- dem Geschlecht und
- dem Eintrittsalter der eintretenden Person.

2,3% der Bevölkerung sind anderweitig versichert (z. B. Bundeswehrangehörige, Zivildienstleistende, Sozialhilfeempfänger). Nur ca. 0,1–0,3% der Menschen in Deutschland sind ohne Krankenversicherungsschutz.

Nach den Versicherungsleistungen machen Eigenbeteiligungen oder Zuzahlungen von Patienten einen wachsenden Anteil an der Finanzierung des Gesundheitssystems aus. In einigen Bereichen werden Zuschüsse oder Kostenbeteiligungen durch den Staat oder durch gemeinnützige Organisationen erbracht. Daneben hat sich ein erheblicher privater Gesundheitsmarkt für »IGeL« (»Individuelle Gesundheitsleistungen«), Fitness, Wellness, Anti-Aging, Schönheitsoperationen, Kosmetik, Medikamente, alternative Heilverfahren und esoterische Praktiken entwickelt.

#### ■ ■ Praxisinformation: Die KV-Karte

Was versteckt sich dahinter? Die Krankenversicherungskarte ist eine Art Ausweis eines Patienten. Sie wird von der Krankenkasse ausgestellt, bei der der Patient versichert ist. Auf der Karte sind die wichtigsten Informationen zur Person und zum Versicherungsstatus

gespeichert. Meist übernehmen die Krankenpfleger oder die Stationssekretärin die Registrierung eines Patienten, sodass ein Arzt im Krankenhaus mit dieser Karte oft nichts zu tun hat. Im ambulanten Bereich aber wird zumindest bei Hausbesuchen jeder Arzt mit der KV-Karte konfrontiert sein.

Die auf ihr gespeicherten Informationen braucht man z. B. für die korrekte Abrechnung ärztlicher Leistungen und für das Ausstellen von Rezepten. Auf der KV-Karte sind bis jetzt aufgrund datenschutzrechtlicher Vorbehalte keine Informationen zum Gesundheitsstatus des Patienten gespeichert. Es wird aber diskutiert, wichtige chronische Erkrankungen und eine aktuelle Medikamentenliste mit aufzunehmen, um Behandlungsfehler auf diese Weise effektiver zu vermeiden.

Alle gesetzlichen Krankenkassen geben eine KV-Karte aus. Nur bei einigen privaten Krankenversicherungen gibt es keine KV-Karte.

### 4.2.3 Ambulante ärztliche Gesundheitsversorgung

Die ambulante Gesundheitsversorgung liegt überwiegend in den Händen niedergelassener Haus- und Fachärzte. Dabei ist die Einzelpraxis immer noch die häufigste Betriebsform. Die größten Fachgruppen sind die Allgemeinärzte und die Internisten.

**Hausärzte** sollen aufgrund ihrer Kenntnis der gesamten Krankengeschichte und der Lebensumstände der Patienten die medizinische Versorgung koordinieren. Als Hausärzte sind Allgemeinärzte und praktische Ärzte, aber auch bestimmte Internisten, Kinder- und Frauenärzte tätig. Der Hausarzt wird von Kranken i. d. R. zunächst aufgesucht (Anlauffunktion). Wenn nötig, überweist er den Patienten zum Facharzt, zu anderen Gesundheitsberufen oder in die Klinik (Verteilerfunktion) und berät ihn auf dem Weg dorthin. Die Patienten wissen sich bei ihren Hausärzten über Jahre kontinuierlich betreut. Hausärzte spielen insbesondere in der Langzeitbetreuung chronisch kranker und alter Menschen eine wichtige Rolle.

**Fachärzte** übernehmen überwiegend spezialisierte Aufgaben, die sich auf die Behandlung einer definierten Krankheit oder ein Organsystem beziehen.

Rund 1/3 aller Praxiskontakte fällt auf die 10 in ärztlichen Praxen am häufigsten dokumentierten Diagnosen. Dies sind Erkrankungen des Bewegungsapparates (insbesondere Krankheiten des Skeletts, extraartikulärer Rheumatismus, Arthritiden), des Respirationstraktes (Bronchitis, Infektionen der oberen Luftwege), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ischämische Herzkrankheiten, Hypertonie) und Diabetes mellitus. Frauen weisen mehr Kontakte mit Hypertonie, Diabetes, nichtischämischen Herzkrankheiten und Hautkrankheiten auf als Männer, bei denen häufiger Bronchitis, ischämische Herzerkrankungen, virale Infekte und extraartikuläre Erkrankungen des Bewegungsapparates den Arztbesuch begründen.



Generell wird das Gesamtbild durch die altersbedingt ansteigende Krankheitslast geprägt. Dies zeigt sich besonders stark, wenn die Patienten nach Altersgruppen getrennt ausgewertet werden.

#### 4.2.4 Stationäre ärztliche Gesundheitsversorgung

Die Zahl der Krankenhäuser geht zurück. Ende 2003 gab es in Deutschland 2.197 Krankenhäuser und damit 157 weniger als im Jahr 1993. Dies entspricht einem Rückgang um insgesamt 6,7%. Der rückläufige Trend lässt sich auf ersatzlose Schließungen, Fusionen zweier oder mehrerer Häuser sowie Umwidmungen (beispielsweise zur Reha-Klinik oder zum Pflegeheim) zurückführen.

Hintergrund dieser Entwicklung sind v. a. neue, auf verstärkten Wettbewerb abzielende rechtliche Rahmenbedingungen. Auch Wechsel der Trägerschaft haben sich auf die Kliniklandschaft ausgewirkt. So stieg zwischen 1993 und 2003 die Zahl der privat getragenen Krankenhäuser in Deutschland um 164 auf 545 Einrichtungen. Ihr Anteil an allen Kliniken nahm damit von 16,2 auf 24,8% zu.

Ein gegenläufiger Trend ist bei den öffentlichen Krankenhäusern zu verzeichnen, deren Zahl im selben Zeitraum um 227 auf 796 sank. Dies entspricht einem anteiligen Rückgang von 43,5 auf 36,2%. Der Anteil der freigemeinnützigen Häuser ist demzufolge mit ca. 40% ungefähr gleich geblieben.

#### 4.2.5 Diagnosen

An der Häufigkeit der wichtigsten Diagnosen hat sich wenig geändert. Die chronische Mangel durchblutung des Herzmuskels (chronische ischämische Herzkrankheit) war im Jahr 2003 mit insgesamt 355.264 Fällen die häufigste Hauptdiagnose in deutschen Kliniken. 2,1% aller Krankenhauspatientinnen und -patienten waren betroffen, wobei es sich in 70% der Fälle um Männer handelte.

Abgesehen von den 169.000 normalen Entbindungen war die häufigste Hauptdiagnose bei Frauen die Krebserkrankung der Brustdrüse. Auf diese Diagnose entfielen 2003 insgesamt 156.000 Behandlungsfälle.

Seit 1994 ist die Rangfolge der häufigsten Hauptdiagnosen bei Krankenhauspatientinnen und -patienten relativ stabil. An 1. Stelle rangieren die Krankheiten des Kreislaufsystems. Ihr Anteil an allen Hauptdiagnosen betrug anfangs 15,4%, erhöhte sich in der Folge und ging seit 1999 wieder bis auf 15,9% im Jahr 2003 zurück. An 2. Stelle folgen die Krebserkrankungen, deren Anteil zwischen 11,1% und 12,2% variierte. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (zu dieser Diagnosegruppe gehören beispielsweise alle Unfälle) belegten in den Jahren 1994–2000 den 3. Rang unter den



#### 4.3 · Von der Erkrankung zur Genesung: Ein Weg mit vielen Stationen

häufigsten Krankenhausdiagnosen. Seit 2001 nehmen die Erkrankungen des Verdauungssystems diesen Platz ein.

#### 4.2.6 Statistische Angaben (2004)

##### ■ ■ Stationär

- Zahl der Krankenhausbetten in 2.166 Kliniken: rund 531.300 (zusätzlich ca. 1000 Reha-Kliniken)
- Behandelte Fälle in Krankenhäusern: 16,8 Millionen Patienten.
- Durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus: 8,7 Tage
- Ärztliches Personal in den Kliniken: 117.681 Personen
- Pflegepersonal in den Kliniken: 309.510 Personen
- Nichtärztliches Personal in den Kliniken: 688.307 Beschäftigte.
- Gesamtpersonal in den Krankenhäusern: 0,8 Millionen Beschäftigte
- Gesamtumsatz der Krankenhäuser: rund 60 Milliarden Euro pro Jahr

##### ■ ■ Ambulant

- Zahl der niedergelassenen Haus- und Fachärzte: 116 000 lt. kassenärztlicher Bundesvereinigung.
- Zahl des nichtärztlichen Personals im ambulanten Bereich: 203.000 Beschäftigte (davon ca. 90.000 in Teilzeit).
- Zahl der Apotheken: 21.968.
- Zahl der Beschäftigten in Apotheken: ca. 145.000 Personen.

(Robert-Koch-Institut (Hrsg.) *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert-Koch-Institut, Berlin; 2006)

#### 4.3 Von der Erkrankung zur Genesung: Ein Weg mit vielen Stationen

Gesundheitssysteme sind komplexe Gebilde, deren Darstellung im Detail kompliziert ist. Neben der Kenntnis einiger Eckdaten, die in ► Kap. 4.2 vorgestellt wurden, kommt es uns v. a. auf ein Grundverständnis der Abläufe an. Diese sollen in der folgenden Übung gemeinsam rekonstruiert werden. Ziel ist es, die in ■ Tab. 4.1 aufgelisteten Personen und Institutionen in einen logischen Zusammenhang zu bringen, der erklärt, wie die gemeinsame Arbeit mit und für den Patienten organisiert ist. Dies kann z. B. in Form eines Organigramms geschehen (beispielhafte Lösung ■ Abb. 4.2).

1. Stellen Sie die Zusammenhänge aus der Perspektive eines Patienten mit einem konkreten Problem dar (z. B. Herr Bruno Pauwel erleidet eine Oberschenkelhalsfraktur ...).

#### Übung 4.2

Tab. 4.1 Gesundheitssystem (Übung 4.2)

Personen und Institutionen	Dokumente zur Kommunikation	Bereiche im Gesundheitssystem
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Allgemeinarzt</li> <li>– Apotheke</li> <li>– Facharzt</li> <li>– Krankengymnastik</li> <li>– Krankenhaus</li> <li>– Krankenkasse</li> <li>– Patient</li> <li>– Pflegedienst</li> <li>– Pflegeheim</li> <li>– Rehabilitationsklinik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Einweisung</li> <li>– Entlassungsbrief</li> <li>– Kostenübernahmeantrag</li> <li>– Rezept</li> <li>– Überweisung</li> <li>– Verlegungsbrief</li> <li>– Verordnung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ambulanter Bereich</li> <li>– Stationärer Bereich</li> </ul>

2. Zeichnen Sie den Weg auf, den der Patient durch die verschiedenen Institutionen des Gesundheitssystems (Tab. 4.1) nimmt – von der Erkrankung bis zur Genesung.
3. Aus ärztlicher Perspektive spielen dabei in der Kommunikation zwischen den einzelnen Institutionen verschiedene Dokumente (Tab. 4.1) eine Rolle. Integrieren Sie diese in Ihre Übersicht und erklären Sie sie.
4. Wie Sie bereits gelesen haben, gibt es in Deutschland eine strenge Aufteilung der Akteure im Gesundheitssystem in einen ambulanten Bereich und einen stationären. Beachten Sie diese Aufteilung in Ihrem Schaubild und stellen Sie sie dar.
5. Arbeiten Sie in Kleingruppen und stellen Sie Ihr Ergebnis anschließend in der großen Gruppe vor.
6. Diskutieren Sie die unterschiedlichen Ergebnisse und vergleichen Sie sie mit dem Schaubild auf der folgenden Seite.

Bitte blättern Sie noch nicht um, da Sie auf der nächsten Seite eine Beispiellösung vorfinden werden (Abb. 4.2).

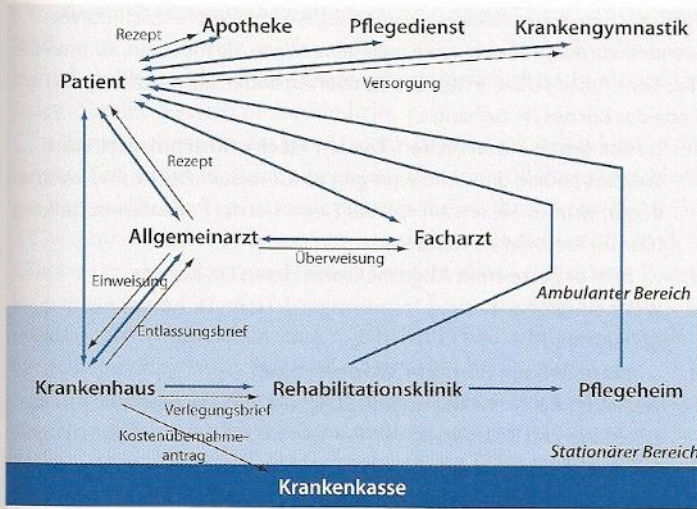


4.2

Eines Morgens auf dem Weg ins Badezimmer stolperte Herr Bruno Pauwel über den flauschigen Bettvorleger, den er von seiner Cousine Angelika zum 80. Geburtstag vor 2 Jahren geschenkt bekommen hatte. Er versuchte noch, sich an der Türklinke festzuhalten, fiel aber trotzdem heftig auf die linke Seite. Das ergab einen dicken, blauen Fleck und schmerzte stark. Herr Pauwel fluchte. Da die Schmerzen auch mit 2 Tabletten Aspirin nicht besser werden wollten, fuhr er zu seinem Allgemeinarzt Herrn Dr. Kamps. Der untersuchte ihn, konnte aber nichts finden. Da Herr Pauwel aber insistierte, dass etwas nicht stimme, überwies Herr Dr. Kamps ihn zu seiner Freundin, Frau Dr. Wedel, einer Fachärztin für Orthopädie. Diese ließ ein Röntgenbild anfertigen. Darauf zeigte sich eine Fraktur des Oberschenkelhalses links. Herr Pauwel, der schon wieder auf dem Weg zurück



## 4.3 · Von der Erkrankung zur Genesung: Ein Weg mit vielen Stationen



■ Abb. 4.2 Beispielorganigramm zum Weg von Herrn Bruno Pauwel (Übung 4.2)

zu seinem Allgemeinarzt war, hatte also ein richtiges Bauchgefühl gehabt.

Zurück bei Herrn Dr. Kamps, wurde ihm die schlechte Nachricht mitgeteilt. Dr. Kamps wies ihn ins nahe gelegene Krankenhaus, das Klinikum St. Martin, ein. Dort wurde Herr Pauwel 2 Tage später operiert. Er bekam eine Totalendoprothese. Sein Zustand besserte sich nach der OP rasch, sodass er bald in eine Rehabilitationsklinik verlegt werden sollte, um dort das Laufen intensiver zu trainieren. Die Sozialarbeiterin des Krankenhauses kümmerte sich um den erforderlichen Kostenübernahmeantrag bei der Krankenkasse.

Schon 7 Tage nach der Operation wurde Herr Pauwel in die »Reha« verlegt. Die Ärzte gaben ihm einen Verlegungsbefehl mit und schickten auch eine Kopie an seinen Allgemeinarzt. In der »Reha« wurde jeden Tag 3 Stunden lang das Laufen mit verschiedenen Hilfsmitteln geübt. Aber leider ging es nicht so gut, wie Herr Pauwel sich das wünschte, und so dachten seine ihn dort betreuenden Ärzte und die Physiotherapeutin darüber nach, ob es für Herrn Pauwel wohl besser wäre, nicht nach Hause zurückzukehren, sondern in ein Pflegeheim verlegt zu werden, zumal er allein wohnte.

Herr Pauwel wehrte sich aber mit Händen und Füßen gegen den Vorschlag. Lieber wolle er aus dem Fenster springen, rief Herr Pauwel aus. Also dachten alle gemeinsam über eine andere Lösung nach. Schließlich wurde Herr Pauwel doch nach Hause entlassen. Dr. Kamps organisierte die ambulante Weiterbehandlung. Er stellte ein Rezept für die neuen Blutdruckmedikamente aus und schickte es direkt an die Apotheke. Ein ambulanter Pflegedienst kam von nun an einmal pro Tag bei Herrn Pauwel vorbei, um ihm bei seinen Verrichtungen zu helfen. Ein Krankentransport brachte ihn außerdem zweimal pro Woche zur Krankengymnastik. Herr Pauwel war zufrieden – und der flauschige Bettvorleger wanderte auf den Müll.



### Übung 4.3: Mini-Vokabelquiz

Hier tauchen einige Vokabeln wieder auf, die im oberen Abschnitt verwendet wurden, außerdem ein paar neue. Wenn Sie möchten, können Sie Ihre Kenntnisse selbst testen. Die Antworten finden Sie im Lösungsteil am Ende des Buches (► Anhang C).

1. ... das ergab einen dicken, blauen Fleck und schmerzte stark ...  
Welches andere deutsche Wort gibt es für »blauer Fleck«, und welchen Begriff würden Sie anstatt »blauer Fleck« bei der Patientenvorstellung bzw. im Arztbrief verwenden?
2. ... fuhr er zu seinem Allgemeinarzt Herrn Dr. Kamps ...  
Welche Arztbezeichnung könnte man für Herrn Dr. Kamps noch gebrauchen?
3. ... diese ließ ein Röntgenbild anfertigen ...  
Wie lautet der Name der Fachrichtung, die in Krankenhäusern für die Erstellung und Beurteilung von Röntgenbildern und anderen bildgebenden Verfahren zuständig ist?
4. ... darauf zeigte sich eine Fraktur ...  
Welches deutsche Wort gibt es für Fraktur?
5. ... des Oberschenkelhalses ...  
Wie nennt man den Oberschenkelhals in der Anatomie?
6. Welchen anderen anatomischen Begriff kennen Sie für »Hals«?
7. ... er bekam eine Totalendoprothese ...  
Welche Abkürzung ist für die Totalendoprothese geläufig?

## 4.4 Vergleichen Sie selbst

### Übung 4.4

1. Wie ist das Gesundheitssystem in Ihrer Heimat organisiert? Überlegen Sie und machen Sie sich Stichpunkte zu den folgenden Oberbegriffen:
  - a. Organisation und Struktur,
  - b. Finanzierung,
  - c. Ambulante und stationäre ärztliche Gesundheitsversorgung,
  - d. Krankenhäuser,
  - e. Diagnosen.
2. Arbeiten Sie mit einem Mitlernenden zusammen, der nicht aus demselben Land kommt wie Sie. Stellen Sie sich gegenseitig die Gesundheitssysteme in Ihrer Heimat vor. Arbeiten Sie so gründlich, dass Ihr Lernpartner im Folgenden das von Ihnen vorgestellte Gesundheitssystem vor der großen Gruppe vorstellen kann. Ergänzen und korrigieren Sie anschließend seinen Vortrag.
3. Lesen Sie, wenn Sie Zeit und Lust haben, den folgenden Text zu den Ähnlichkeiten und Unterschieden zwischen dem deutschen und dem chinesischen Gesundheitssystem. Er wurde von einem chinesischen Gastarzt verfasst, der von 2005–2007 an der Charité im Bereich Anästhesie gearbeitet und geforscht hat.

#### ■ ■ Gesundheitssysteme im Vergleich am Beispiel China und Deutschland

Zwischen Deutschland und China gibt es viele Unterschiede auf fast jedem Gebiet. So auch in der Medizin.

China ist ein sehr altes Land (mehr als 5000 Jahre) und hat in der langen Zeit seiner Existenz eine eigene Theorie und Praxis der Medizin entwickelt, die Traditionelle chinesische Medizin, kurz TCM. Die TCM unterscheidet sich von der westlichen Medizin, z. B. in dem Glauben an die Lehre von Yin und Yang, an die Gesetze der 5 Wandlungsphasen und an die Meridiane, die Körperkanäle. In der TCM werden die Krankheiten unter ganzheitlichen und energetischen Gesichtspunkten betrachtet und behandelt.

Es gibt einige kritikwürdige Punkte an der TCM, z. B. dass manche Theorien noch nicht wissenschaftlich bewiesen sind und nur auf Erfahrungen basieren. Trotzdem hat sich die TCM immer weiterentwickelt, und die Chinesen profitieren von der TCM.

Die Kenntnisse von der westlichen Medizin sind erst vor ca. 200 Jahren nach China durchgedrungen. Heute studieren die meisten chinesischen Medizinstudenten die westliche Medizin, aber sie müssen während des Studiums auch die Grundlagentheorien der TCM erlernen. Außerdem gibt es bei uns viele Universitäten, die auf die TCM spezialisiert sind. Jedes Allgemeinkrankenhaus hat eine TCM-Abteilung. Die Patienten können selbst entscheiden, ob sie nach den Prinzipien der TCM oder nach den Prinzipien der westlichen Medizin behandelt werden wollen, oder ob sie Behandlungsmethoden der beiden Richtungen kombinieren möchten.

Allgemeinkrankenhäuser in China wie z. B. meine Universitätsklinik sind ähnlich strukturiert wie die Universitätskliniken in Deutschland. Die meisten Krankheiten behandeln wir genauso wie in Deutschland. Aber wir haben mehr infektiöse Patienten. Außerdem gibt es bei uns wegen der starken Umweltverschmutzung mehr und mehr Tumorpatienten. Der »Durchschnittschinese« kennt sich nicht besonders gut in der Medizin aus; deshalb gehen viele Patienten erst zum Arzt, wenn ihre Krankheit schon weit fortgeschritten ist. Das macht es komplizierter, die Krankheiten zu behandeln.

Das Gesundheitssystem in China ist nicht besonders gut organisiert. Viele Menschen, besonders die Bauern, sind schlecht versichert. Für zahlreiche Behandlungen müssen die Patienten selbst bezahlen, und im Vergleich zum Einkommen sind die Behandlungskosten zu hoch. Deshalb gehen viele Patienten, wie bereits erwähnt, nicht rechtzeitig zum Arzt.

Vor der Behandlung müssen die Patienten beraten werden, insbesondere in Bezug auf die Kosten, die durch die Behandlung auf sie zukommen. Anderenfalls könnte es nach der Behandlung Streit zwischen dem Patienten und dem Arzt geben. Eigentlich ist das unzureichende staatliche Gesundheitssystem der Grund für diese schwierige Situation, aber die Konflikte spielen sich immer zwischen den Pati-



enten und den Ärzten ab. Das ist die Tragödie von uns, den chinesischen Ärzten, aber auch von den chinesischen Patienten.

Meiner Meinung nach können wir Chinesen selbstverständlich medizinische Kenntnisse und Techniken von Deutschland bzw. von der westlichen Welt übernehmen. Aber es ist am wichtigsten für uns, unser gesamtes Gesundheitssystem zu verbessern und zu reformieren.

# Die Anamnese

## 5.1 Allgemeine Anamnese – 52

- 5.1.1 Vorstellung – 52
- 5.1.2 Aktuelle Anamnese – 53
- 5.1.3 Vorerkrankungen – 54
- 5.1.4 Medikamente und Allergien – 54
- 5.1.5 Vegetative Anamnese – 55
- 5.1.6 Familienanamnese – 56
- 5.1.7 Sozialanamnese – 56

## 5.2 Beispiel: Anamnesegespräch Eva Schneider – 56

## 5.3 Spezielle Anamnese – 60

- 5.3.1 Herz-Kreislauf-System – 60
- 5.3.2 Atmungssystem – 62
- 5.3.3 Verdauungs- und Harnsystem – 63



## Übung 5.1

## ■ ■ Transfersprache

1. Nennen Sie die Bereiche, in die sich ein allgemeines Anamnesege-  
spräch gliedert. Notieren Sie sie auf Karteikarten und gestalten Sie ein  
Tafelbild damit.
2. Überlegen Sie sich in Kleingruppen Fragen zu den verschiedenen  
Bereichen und notieren Sie sie auf Karteikarten. Tragen Sie Ihre Ergeb-  
nisse anschließend in der großen Gruppe vor und vervollständigen  
Sie das Tafelbild. Ergänzen und korrigieren Sie sich gegenseitig.

## 5

## 5.1 Allgemeine Anamnese

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, ein Anamnesege-  
spräch zu führen. Der Kontext, in dem das Gespräch geführt wird (z. B. ambulante  
Praxis vs. volle Erste-Hilfe-Station), entscheidet u. a. darüber, wie  
genau das Gespräch gegliedert ist und wie umfassend die verschie-  
denen Bereiche abgefragt werden. Im Allgemeinen kann folgende  
Struktur als **Richtlinie** gelten:

- **Vorstellung:** Vorstellen des Namens, Erklären der Funktion.
- **Aktuelle Anamnese:** Fokussiert auf die aktuellen Beschwerden  
des Patienten.
- **Vorerkrankungen:** Chronische Erkrankungen, wichtige Vorer-  
krankungen, Operationen.
- **Medikamente und Allergien:** Regelmäßig eingenommene Medi-  
kamente, Allergien, insbesondere gegen Arzneien.
- **Vegetative Anamnese:** Allgemeine Fragen zu den Funktionen  
des vegetativen Nervensystems.
- **Familienanamnese:** Wichtige Erkrankungen der direkten Famili-  
enmitglieder (Eltern, Geschwister, Kinder).
- **Sozialanamnese:** Arbeitssituation des Patienten, Partnerschaft,  
soziale Eingebundenheit.
- **Verabschiedung:** Offene Fragen klären, weiteres Procedere  
ankündigen, besprechen.

Geordnet nach diesen Punkten finden Sie im Folgenden Beispielfor-  
mulierungen, die für Sie in dieser oder in abgewandelter Form im  
klinischen Alltag von Bedeutung sein werden. Einige der Formulier-  
ungen sind redundant. Sie werden aber trotzdem aufgeführt, um  
Ihnen eine Bandbreite unterschiedlicher Formulierungsmöglich-  
keiten aufzuzeigen.

## 5.1.1 Vorstellung



5.1

- Guten Tag Frau/Herr ... (die Hand geben).
- Mein Name ist Frau/Herr (Dr.) ...
- Ich bin auf dieser Station als Assistenzarzt tätig und würde gerne  
mit Ihnen das Aufnahmegespräch führen.

**Falls notwendig, auf Sprachkenntnisse eingehen**

- Wie Sie vielleicht schon gehört haben, komme ich nicht von hier. Ich komme als Gastarzt aus ...
- Leider spreche ich noch nicht so gut Deutsch. Könnten Sie deshalb bitte langsam sprechen?
- Bitte sagen Sie mir Bescheid oder fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht verstehen.

**Fragen zur Person**

- Wie heißen Sie?
- Wie alt sind Sie? Wann sind Sie geboren?
- Wie groß sind Sie?
- Wie viel wiegen Sie? Wie schwer sind Sie?

**5.1.2 Aktuelle Anamnese****Einleitende Frage**

- Was kann ich für Sie tun?
- Was führt Sie zu uns?
- Was für Beschwerden haben Sie im Moment?
- Erzählen Sie mir bitte in Ihren eigenen Worten, was Sie hierher geführt hat.
- Warum sind Sie ins Krankenhaus gekommen?

**Zum Verlauf**

- Seit wann haben Sie diese Beschwerden?
- Können Sie mir beschreiben, wie die Beschwerden aufgetreten sind? Haben sie eher langsam oder plötzlich begonnen?
- Hatten Sie einen Unfall?
- Hatten Sie so etwas früher schon einmal? Wenn ja, wann?
- Sind Sie deswegen schon bei einem anderen Arzt gewesen?
- Wie haben sich die Beschwerden im Verlauf/mit der Zeit verändert? Haben sie sich verbessert oder verschlechtert?

**Weitere Fragen am Beispiel Schmerzen**

- Können Sie die Schmerzen genauer beschreiben: Sind sie eher dumpf, stechend oder brennend?
- Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 1–10 – wobei 1 sehr leichten und 10 sehr starken Schmerzen entspricht?
- Bitte sagen oder zeigen Sie mir, wo die Schmerzen am stärksten sind.
- Sind die Schmerzen vom Ausgangsort an einen anderen Ort gewandert?
- Strahlen die Schmerzen in eine andere Körperregion (in eine bestimmte Richtung) aus?
- Sind die Schmerzen dauerhaft da, oder gehen sie auch wieder weg?



- Folgen die Schmerzen einem wellenförmigen Verlauf, d. h. schwellen sie immer wieder an und ab?
- Gibt es bestimmte Auslöser für die Schmerzen?
- Gibt es etwas, das die Schmerzen lindert oder verstärkt? Wodurch werden die Schmerzen gebessert oder verschlimmert?

### Allgemeinsymptome

- Haben Sie Fieber oder Schüttelfrost?
- Haben Sie kalten Schweiß bemerkt?
- Haben Sie Übelkeit, Durchfall oder Erbrechen?
- War Ihnen schwindelig oder »schwarz vor den Augen«?
- Haben Sie das Bewusstsein verloren?

### Sonstiges

- Haben Sie sonst noch etwas Ungewöhnliches bemerkt?
- Fällt Ihnen in diesem Zusammenhang noch etwas ein, das wichtig sein könnte?

## 5.1.3 Vorerkrankungen

---

- Gibt es in Ihrer Krankengeschichte wichtige Erkrankungen, von denen ich wissen sollte?
- Leiden Sie an chronischen Erkrankungen?
- Haben Sie hohen Blutdruck?
- Leiden Sie an Diabetes (Zuckerkrankheit)?
- Sind bei Ihnen erhöhte Blutfettwerte festgestellt worden?
- Sind Sie in letzter Zeit im Krankenhaus gewesen?
- Sind Sie schon einmal operiert worden? Wenn ja, wo, wann und warum?
- Gegen welche (Kinder-) Krankheiten sind Sie geimpft?
- Haben Sie Ihr Impfbuch dabei? Könnte ich das bitte einmal sehen?
- Sind Sie gegen Hepatitis A oder B (Tuberkulose, Gelbfieber etc.) geimpft?
- Waren Sie in der letzten Zeit im Ausland (in den Tropen)?

## 5.1.4 Medikamente und Allergien

---

- Nehmen Sie regelmäßig oder gelegentlich Medikamente ein? Wenn ja, welche?
- Haben Sie eine Medikamentenliste dabei?
- Nehmen Sie die Pille (Abführmittel, Schlafmittel)?
- Haben Sie Allergien?
- Sind bei Ihnen Allergien gegen bestimmte Medikamente bekannt?

- Sind bei Ihnen schon einmal allergische Reaktionen auf bestimmte Medikamente aufgetreten?
- Reagieren Sie allergisch auf Hausstaub (bestimmte Pflanzen, Tierhaare, Penizillin)?
- Sind in Ihrer Familie Fälle von Allergien, Asthma oder Neurodermitis aufgetreten?

### 5.1.5 Vegetative Anamnese

- Haben Sie Fieber, Schüttelfrost, Nachtschweiß?
- Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit merklich verändert? Haben Sie ab- oder zugenommen? Wenn ja, um wie viel? Passen Ihnen Ihre alten Kleider noch, oder sind sie inzwischen zu groß oder zu klein?
- Über welchen Zeitraum haben Sie wie viel Kilogramm ab-/zuge-  
nommen? Zum Beispiel im letzten halben Jahr?
- Haben Sie Schwierigkeiten, einzuschlafen oder durchzuschlafen?
- Haben Sie Probleme mit dem Stuhlgang oder beim Wasserlassen?
- Darf ich Sie fragen, ob es Schwierigkeiten beim Geschlechtsverkehr gibt?

### Bei Frauen ggf. gynäkologische Anamnese

- Haben Sie einen regelmäßigen Menstruationszyklus?
- Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden?
- Wann hatten Sie Ihre erste Regelblutung?
- Wann hatten Sie Ihre letzte Regelblutung?
- Ist es möglich, dass Sie im Moment schwanger sind?
- Haben Sie Kinder?
- Waren Sie schon einmal schwanger?
- Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft?
- Hatten Sie eine Fehlgeburt oder einen Schwangerschaftsabbruch (Abort)?
- Nehmen Sie die Pille oder benutzen Sie andere Verhütungsmethoden?
- Haben Sie Geschlechtsverkehr mit häufig wechselnden Partnern?

### Noxen

- Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie am Tag? Seit wann rauchen Sie? (»pack-years ausrechnen«)
- Trinken Sie Alkohol? Wie viel Alkohol trinken Sie ungefähr am Tag (pro Woche)? Wie viel Alkohol vertragen Sie ungefähr?
- Nehmen Sie sonstige Drogen, z. B. Cannabis, Kokain, Heroin etc.?



### 5.1.6 Familienanamnese

---

- Gibt es in Ihrer nahen Verwandtschaft (Eltern, Geschwister, Kinder) wichtige Krankheiten, von denen ich wissen sollte?
- Leiden Familienangehörige an chronischen Erkrankungen, wie z. B. an Diabetes, Bluthochdruck oder Stoffwechselerkrankungen?
- Sind Ihnen vererbte Krankheiten in Ihrer Familie bekannt?
- Leben Ihre Eltern und Großeltern noch? Woran sind Ihre Eltern bzw. Großeltern gestorben?
- Gab es Fälle von Krebs in der Familie?
- Haben Sie Geschwister (Kinder)? Sind sie gesund?

### 5.1.7 Sozialanamnese

---

- Was sind Sie von Beruf? Was ist Ihr Beruf?
- Wo arbeiten Sie?
- Ist Ihre Arbeit mit bestimmten gesundheitlichen Gefahren verbunden?
- Haben Sie Probleme auf Ihrer Arbeit, die Sie belasten?
- Sind Sie verheiratet?
- Haben Sie Familie?
- Haben Sie Kinder?
- Wohnen Sie allein? Gibt es jemanden zu Hause, der sich um Sie kümmern kann?
- Wie und wo wohnen Sie?
- Gibt es Probleme mit Ihren Angehörigen, die Sie momentan bedrücken?
- Haben Sie Haustiere?

## 5.2 Beispiel: Anamnesegespräch Eva Schneider

---

Im Folgenden haben wir ein beispielhaftes Anamnesegespräch integriert.

### Übung 5.2

1. Lesen Sie das Beispielanamnesegespräch als Dialog und markieren Sie zentrale Begriffe.
2. Vervollständigen Sie dann ■ Tab. 5.1. Diese Informationen werden wir im weiteren Verlauf benötigen. Die Auflösung finden Sie im Lösungsteil am Ende des Buches (► Anhang C).

Die Patientin Frau Eva Schneider (P) erscheint zur Aufnahme auf der Internistischen Station des Klinikums St. Martin, wo sie vom Assistenzarzt Herrn Dr. Franz Neuberger (A) begrüßt wird. Er führt das Aufnahmegespräch mit ihr durch.

- A: »Guten Tag Frau Schneider. Mein Name ist Dr. Neuberger. Ich bin auf dieser Station als Assistenzarzt tätig und würde gerne mit Ihnen das Aufnahmegespräch führen. Was kann ich für Sie tun?«
- P: »Seit gestern Abend habe ich Schmerzen im rechten Bein. Das Bein ist auch dicker geworden und fühlt sich warm an. Ich habe versucht, das Bein mit feuchten Wickeln zu kühlen, aber über Nacht ist es nur schlimmer geworden. Ich war dann in der Praxis von Frau Dr. Huth, und die hat mich ins Krankenhaus zu Ihnen eingewiesen.«
- A: »Können Sie den Ort der Schmerzen genauer beschreiben?«
- P: »Es ist der gesamte rechte Unterschenkel, vom Knie an abwärts.«
- A: »Können Sie die Schmerzen beschreiben: Sind sie vergleichbar mit einem Brennen, einem Stechen oder eher einem Drücken?«
- P: »Ich würde sagen, es ist am ehesten ein Drücken.«
- A: »Haben Sie den Eindruck, dass die Schmerzen von einem bestimmten Punkt ausgehen, oder dass sie in eine bestimmte Richtung ausstrahlen?«
- P: »Nein, das kann ich nicht sagen. Es ist einfach nur der Unterschenkel, aber vielleicht besonders in der Wade.«
- A: »Können Sie sich an einen Auslöser für die Schmerzen erinnern, z. B. eine Verletzung? Gibt es irgendetwas, das die Schmerzen lindert oder aber verstärkt?«
- P: »Nein, verletzt habe ich mich nicht. Das war ja das Komische. Es hat einfach so auf der Arbeit angefangen. Im Stehen sind die Schmerzen dann immer stärker geworden. Ein wenig besser wurde es, als ich zu Hause die Beine höher gelegt habe. Die Kühlung hat wie gesagt nichts gebracht.«
- A: »Können Sie die Situation genauer beschreiben, als die Schmerzen aufgetreten sind? Was haben Sie auf der Arbeit getan?«
- P: »Ich arbeite als Verkäuferin in einem großen Kaufhaus. Da muss ich den ganzen Tag stehen. Die Schmerzen haben gegen Ende meiner Schicht angefangen. Ich dachte zuerst, dass meine Beine einfach nur müde wären.«
- A: »Haben Sie sonst noch irgendwelche anderen Beschwerden bemerkt? Sie haben bereits von einer Schwellung gesprochen und davon, dass das Bein sich wärmer anfühlt.«
- P: »Ja, ich habe den Eindruck, dass mein Unterschenkel auch röter geworden ist seit gestern Abend.«
- A: »Wie fühlen Sie sich allgemein? Haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen insgesamt schlecht geht? Haben Sie Fieber oder Schüttelfrost bemerkt?«
- P: »Nein, eigentlich nicht. Sonst fühle ich mich gut.«
- A: »In Ordnung, ich würde Ihnen nun gerne einige Fragen zu Ihrer Vorgeschichte stellen. Haben Sie irgendwelche wichtigen Erkrankungen, von denen ich wissen sollte, z. B. des Herzens,



der Lungen oder des Bauchraums? Gab es in der Vergangenheit wichtige Operationen?»

P: »Nein, da fällt mir nichts ein, außer mein Heuschnupfen. Ich bin allergisch gegen Gräser. Und dann hatte ich noch eine Operation am Blinddarm. Das ist aber schon 10 Jahre her.«

A: »Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?«

P: »Gegen den Heuschnupfen nehme ich zurzeit Loratadin, aber nur während der Saison. Sonst nur die Pille.«

A: »Gibt es Medikamente, gegen die Sie allergisch sind?«

P: »Nein, davon wüsste ich nichts.«

A: »Ich würde Ihnen gerne noch ein paar allgemeine Fragen stellen. Wie alt sind Sie?«

P: »28 Jahre.«

A: »Wie groß sind Sie und wie schwer? Hat sich ihr Gewicht in der letzten Zeit merklich verändert?«

P: »Ich bin ungefähr 165 cm groß und wiege 78 kg. Mein Gewicht hat sich kaum verändert. Vielleicht habe ich etwas zugenommen.«

A: »Schlafen Sie gut, oder haben Sie Probleme, ein- oder durchzuschlafen?«

P: »Nein, da habe ich keine Probleme.«

A: »Gibt es Probleme beim Wasserlassen oder beim Stuhlgang?«

P: »Nein.«

A: »Darf ich Sie fragen, ob es Schwierigkeiten beim Geschlechtsverkehr gibt, Schmerzen z. B.?«

P: »Nein, gibt es nicht.«

A: »Ist Ihre Monatsblutung regelmäßig? Könnte es sein, dass sie zurzeit schwanger sind?«

P: »Nein, die Regel ist unverändert. Und die Pille habe ich jeden Tag genommen.«

A: »Rauchen Sie, trinken Sie Alkohol, oder nehmen Sie sonstige Drogen?«

P: »Nun ja, ich rauche, aber sonst nichts.«

A: »Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag? Und wie lange rauchen Sie schon?«

P: »Ungefähr eine halbe Schachtel pro Tag, würde ich sagen. Anfängen habe ich mit 18 Jahren.«

A: »Aha, Sie rauchen also seit 10 Jahren?«

P: »Ja.«

A: »Darf ich Sie noch fragen, ob Ihr Vater, Ihre Mutter oder Ihre Geschwister erkrankt sind, an ernst zu nehmenden Beschwerden leiden, also z. B. Krebs, Bluthochdruck, Zucker?«

P: »Mein Vater hat seit Jahren hohen Blutdruck. Meine Mutter hat Zucker. Und diese Schmerzen im Bein, so wie ich gerade welche habe, hatte sie auch schon mehrmals. Meine Schwestern sind, soweit ich weiß, gesund.«

A: »Sie sagten bereits, dass Sie als Verkäuferin arbeiten. Sind Sie verheiratet? Haben Sie Kinder?«

- P: »Nein, verheiratet bin ich nicht, und Kinder habe ich auch noch keine.«
- A: »Gut, ich denke, ich habe vorerst alle für mich wichtigen Fragen gestellt. Haben Sie noch Fragen? Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten?«
- P: »Nein, ich glaube nicht.«
- A: »Als nächstes würde ich Sie gerne körperlich untersuchen.«

Wenn Sie Ihre Antworten vergleichen möchten, finden Sie eine ausgefüllte Tabelle im Lösungsteil am Ende des Buches (► Anhang C).

Tab. 5.1 Tabelle wichtiger Informationen zum Anamnesegespräch (Übung 5.2; Lösung ► Anhang C)

Name der Patientin	
Alter	
Größe	
Gewicht	
Beschwerden	
Qualität der Schmerzen	
Auslöser	
Begleitende Symptome	
Hausärztin	
Behandelnder Arzt im Krankenhaus	
Station	
Andere Erkrankungen	
Operationen	
Medikamente	
Schlafen	
Wasserlassen und Stuhlgang	
Geschlechtsverkehr	
Menstruation	
Nikotin, Alkohol, Drogen	
Wichtige Krankheiten in der Familie	
verheiratet	
Kinder	
Beruf	



### 5.3 Spezielle Anamnese

Für die einzelnen Organsysteme müssen u. U. spezielle Fragen gestellt werden. Um eine gute Übersicht zu gewährleisten, haben wir uns dabei auf die 3 Bereiche Herz, Lunge und Abdomen fokussiert. Zu jedem dieser Teilbereiche werden auch die jeweils wichtigsten Erkrankungen aufgeführt.

#### Übung 5.3

1. Sammeln Sie in Kleingruppen wichtige Begriffe und Fragen zu den folgenden Bereichen der speziellen Anamnese von Herz, Lunge und Abdomen:
  - a. Symptome,
  - b. Risikofaktoren,
  - c. Vorerkrankungen (falls relevant),
  - d. wichtigste Erkrankungen des jeweiligen Bereiches.
2. Notieren Sie Ihre Ergebnisse auf Karteikarten und gestalten Sie gemeinsam ein Tafelbild. Korrigieren und ergänzen Sie sich gegenseitig.
3. Vergleichen Sie das gemeinsam erarbeitete Tafelbild mit der folgenden Auflistung. Ergänzen Sie Dinge, die Ihnen wichtig erscheinen.



5.3

#### 5.3.1 Herz-Kreislauf-System

##### Brustschmerzen (Engegefühl in der Brust, Angina pectoris)

- Haben Sie Brustschmerzen oder ein Engegefühl in der Brust?
- Wo genau haben Sie Schmerzen? Wo genau tut es weh? (→ hinter dem Brustbein/retrosternal, in der Magengrube/epigastrisch)
- Strahlen die Schmerzen in eine bestimmte Körperpartie aus. Wenn ja, wohin? (→ Arme, Unterkiefer, Bauch oder Rücken)
- Seit wann haben Sie die Beschwerden?
- In welcher Situation sind die Beschwerden aufgetreten?
- Treten die Beschwerden auch in Ruhe oder nur bei Belastung auf? (→ belastungsabhängig?)
- Sind die Beschwerden verbunden mit dem Atmen? (→ atemabhängig?)
- Sind die Beschwerden verknüpft mit der Nahrungsaufnahme/mit dem Essen? (→ nahrungsabhängig?)
- Sind die Schmerzen abhängig davon, ob Sie stehen, sitzen oder liegen? (→ lageabhängig?)
- Haben Sie Schweißausbrüche bemerkt?
- Ist Luftnot aufgetreten?
- Ist Ihnen übel oder schlecht? Haben Sie erbrochen?
- Haben Sie bei derartigen Beschwerden bereits einmal ein Nitro-Präparat (Nitro-Spray, -tropfen) eingenommen? Haben sich die Beschwerden dadurch verbessert?

- Haben Sie öfter Sodbrennen oder saures Aufstoßen? (→ ösophagealer Reflux)

### **Herzklopfen, Schwindel (Vertigo), Sturzanfälle (Synkope)**

- Haben Sie oft Herzklopfen, -stolpern oder -rasen nach körperlicher Belastung oder auch in Ruhe?
- Haben Sie schon einmal das Bewusstsein verloren? Waren Sie ohnmächtig?
- Ist Ihnen schwindelig oder wird Ihnen schwarz vor Augen?

### **Sonstiges**

- Müssen Sie nachts Wasser lassen (auf die Toilette gehen, die Blase leeren)? Wenn ja, wie oft?
- Haben Sie geschwollene Beine (Wasser in den Beinen, dicke Beine, Beinödeme)?

### **Risikofaktoren**

- Sind Sie zuckerkrank?
- Haben Sie Bluthochdruck?
- Rauchen Sie?

### **Vorerkrankungen**

- Hatten Sie als Kind angeborene Herzfehler oder häufig eitrige Mandelentzündungen (purulente Angina tonsillaris)?
- Hatten Sie als Kind rheumatisches Fieber?
- Haben Sie einen Herzschrittmacher?

#### **Die wichtigsten Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems**

- die koronare Herzkrankheit (KHK)
- der Herzinfarkt, der Myokardinfarkt (MI)
- die Herzinsuffizienz, die Herzschwäche
- die Herzrhythmusstörung
- die Herzklappenstenose, die Herzklappeninsuffizienz
- der Septumdefekt
- die periphere arterielle Verschlusskrankheit
- die (Phlebo)thrombose
- die Krampfadern (Varikosis)
- das Beinödem



### 5.3.2 Atmungssystem

#### Atemnot, Luftnot (Dyspnoe)

- Haben Sie Probleme, Luft zu bekommen, wenn Sie sich anstrengen? Beim Gehen? Beim Treppensteigen? Haben Sie schon Luftnot, wenn Sie sich gar nicht bewegen?

#### Husten

- Können Sie den Husten genauer beschreiben? Ist er trocken, oder haben Sie auch Auswurf bemerkt?
- Tritt der Husten zu bestimmten Tageszeiten auf? (→ nachts, tagsüber)
- Haben Sie Auswurf? Welche Farbe und Konsistenz hat der Auswurf? (→ transparent, grünlich, eitrig, blutig, dünn, zähflüssig)
- Haben Sie etwas verschluckt?
- Sind Sie heiser?

#### Schmerzen

- ▶ Kap. 5.1 (allgemeine Anamnese).
- Haben Sie Schmerzen beim Atmen?
- Bestehen diese Schmerzen beim Ein- oder Ausatmen, ggf. beim tiefen Luftholen?

#### Risikofaktoren

- Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag und seit wie vielen Jahren?
- Haben Sie auf der Arbeit mit belastenden Dämpfen oder Stäuben zu tun? (→ Bergbau, Schleiferei, Asbest am Bau)

#### Die wichtigsten Erkrankungen des Respirationstraktes

- die Erkältung, der Schnupfen, der Husten
- die Heiserkeit, die Halsschmerzen
- die Mandelentzündung (Angina tonsillaris)
- die Lungenentzündung (Pneumonie)
- die Lungenfellentzündung (Pleuritis)
- die Schwindsucht, die Tuberkulose (Tbc)
- die chronisch obstruktive Bronchitis (COPD = Abkürzung des englischen Begriffs »chronic obstructive pulmonary disease«)
- das Asthma
- das Lungenemphysem
- die Lungenembolie
- das Schlafapnoesyndrom

### 5.3.3 Verdauungs- und Harnsystem

#### Leib- oder Bauchschmerzen

- Kap. 5.1 (allgemeine Anamnese).
- Haben Sie beobachtet, dass die Aufnahme von speziellen Lebensmitteln zu den Schmerzen führt?

#### Appetit

- Hat sich Ihr Appetit verändert? Leiden Sie an Appetitlosigkeit?

#### Verdauung

- Ist Ihnen übel? Haben Sie erbrochen?
- Müssen Sie häufig sauer aufstoßen?
- Haben Sie Bauchkrämpfe oder Koliken?
- Haben Sie ein Völlegefühl? Leiden Sie an Blähungen? (→ Meteorismus)

#### Lebensmittel

- Treten die Beschwerden nach der Einnahme bestimmter Lebensmittel auf? Werden die Beschwerden durch bestimmte Lebensmittel ausgelöst?
- Haben Sie in den letzten Stunden etwas Spezielles gegessen, wie z. B. Pilze, Eier, Mayonnaise, Hühnerfleisch?
- Sind Sie auf bestimmte Lebensmittel allergisch?

#### Stuhlgang (Defäkation)

- Hat sich Ihr Stuhlverhalten in letzter Zeit verändert?
- Leiden Sie an Durchfall oder Verstopfung?
- Müssen Sie häufiger oder seltener als gewöhnlich auf die Toilette gehen? Wie oft pro Tag bzw. pro Woche? Wann waren Sie das letzte Mal auf der Toilette?
- Sind Ihnen Veränderungen des Stuhls aufgefallen?
- Hat sich die Farbe Ihres Stuhls verändert? (→ blutig, schwarz, teerschwartz, weiß)
- Hat sich die Konsistenz Ihrer Ausscheidungen verändert? (→ hart, fest, weich, schleimig, dickflüssig, flüssig, wässrig)

#### Wasserlassen (Miktion)

- Haben Sie Schwierigkeiten beim Wasserlassen?
- Haben Sie Probleme, das Wasser zu halten, z. B. beim Niesen? Oder müssen Sie z. B. sofort auf die Toilette gehen, wenn Sie Harndrang verspüren? (→ Stressinkontinenz, Dranginkontinenz)
- Müssen Sie häufig Wasser lassen? (→ Pollakisurie)
- Müssen Sie nachts auf die Toilette? (→ Nykturie)
- Welche Farbe hat Ihr Urin? Ist er klar, trüb oder blutig?
- Haben Sie Schmerzen oder spüren Sie ein Brennen beim Wasserlassen?



#### Die wichtigsten Erkrankungen des Verdauungs- und Harnsystems

- die Refluxkrankheit (Ösophagitis)
- die Verstopfung oder der Stuhlverhalt (Obstipation)
- der Durchfall (Diarrhö)
- die Magenschleimhautentzündung (Gastritis)
- die chronisch entzündliche Darmerkrankung
- der Darmtumor (z. B. das kolorektale Karzinom)
- die Leberzirrhose
- die Leberentzündung (Hepatitis)
- die Gallensteine (Cholezystolithiasis)
- die Blasenentzündung, der Harnwegsinfekt (Zystitis)
- der Nieren-, der Harnleiterstein (Nephro-, Urolithiasis)
- die Nierenentzündung (Nephritis)



# Die körperliche Untersuchung

## **6.1 Allgemeine Erläuterungen und Kommandos – 67**

- 6.1.1 Erste Anweisungen – 67
- 6.1.2 Kopf – 68
- 6.1.3 Brust – 68
- 6.1.4 Herz – 68
- 6.1.5 Lunge – 68
- 6.1.6 Abdomen – 69
- 6.1.7 Nieren, Rücken – 69
- 6.1.8 Rektum – 69
- 6.1.9 Hoden – 69
- 6.1.10 Gynäkologische Untersuchung – 69
- 6.1.11 Neurologische Untersuchung – 69
- 6.1.12 Abschluss – 70

## **6.2 Beispiel: Körperliche Untersuchung Eva Schneider – 70**

## **6.3 Dokumentation von Ergebnissen einer körperlichen Untersuchung – 73**

- 6.3.1 Allgemeinzustand – 73
- 6.3.2 Haut – 73
- 6.3.3 Kopf und Augen – 73
- 6.3.4 Mund und Rachen – 73
- 6.3.5 Hals – 74
- 6.3.6 Lymphknoten und Brust – 74
- 6.3.7 Thorax und Lungen – 74
- 6.3.8 Herz-Kreislauf-System – 74
- 6.3.9 Abdomen – 74
- 6.3.10 Rektum – 75
- 6.3.11 Genitalien – 75
- 6.3.12 Extremitäten – 75
- 6.3.13 Neurologische Befunde – 75

## **6.4 Beispiel: Dokumentation Eva Schneider – 75**



## ■ ■ Transfersprache

## Übung 6.1

1. Welche Verhaltensregeln und Regeln der Kommunikation sollte man bei der körperlichen Untersuchung in Ihrer Heimat und Muttersprache einhalten? Überlegen Sie und notieren Sie sich Stichpunkte zu der Frage. Beachten Sie dabei folgende Aspekte:
  - Geschlechtertrennung: ja oder nein?
  - Tabus?
  - Spezifische Formen der Höflichkeit und der höflichen Ausdrucksweisen (Begrüßung und Anrede des Patienten, Blick- und Körperkontakt, Sie vs. du, Imperativ vs. Konjunktiv II usw.)?
2. Diskutieren Sie Ihre Überlegungen anschließend in der großen Gruppe.
3. Gibt es Ähnlichkeiten und/oder Unterschiede zwischen den verschiedenen Formen der körperlichen Untersuchung? Welche? Fassen Sie Ihre Ergebnisse gemeinsam zusammen.
4. Formulieren Sie 3 typische Kommandos zur körperlichen Untersuchung in Ihrer Muttersprache, notieren Sie sie auf Karteikarten und übersetzen Sie die Kommandos möglichst Wort für Wort ins Deutsche. Notieren Sie die Übersetzungen auch auf Karteikarten und befestigen Sie sie an der Tafel.
5. Diskutieren Sie mit Ihren Mitlernenden über Ihre Notizen. Beachten Sie dabei v. a. folgenden Aspekt:  
Würde man die wörtlich ins Deutsche übersetzten Kommandos in dieser Form bei der körperlichen Untersuchung in Deutschland verwenden, oder würde man sie umformulieren? Wenn ja, wie?
6. Fassen Sie nun die wichtigsten Verhaltens- und Kommunikationsregeln für eine körperliche Untersuchung in Deutschland in ■ Tab. 6.1 zusammen. Die Auflösung finden Sie im Lösungsteil am Ende des Buches (► Anhang C).

■ Tab. 6.1 Unterschiede bei der körperlichen Untersuchung (■ Übung 6.1, Lösung ► Anhang C)

Geschlechtertrennung	
Tabus	
Begrüßung	
Vorstellung	
Blickkontakt, Körperkontakt	
Anrede (Sie vs. du)	
Modus und Tempus der Kommandos (Indikativ oder Konjunktiv II, Präsens oder Imperativ usw.)	
Drei Beispiele für typische Kommandos	

Eine aus deutscher Perspektive ausgefüllte Tabelle finden Sie im Lösungsteil am Ende des Buches (► Anhang C).

1. Arbeiten Sie in 3er-Gruppen zu den Kommandos in Bezug auf die folgenden Untersuchungsbereiche:
  - Kopf (einschließlich Hirnnerven),
  - Oberkörper (Brust, Herz, Lunge),
  - Abdomen,
  - neurologische Untersuchung.
2. Notieren Sie die zu verwendenden Kommandos auf Karteikarten.
3. Führen Sie die körperliche Untersuchung zu Ihrem Untersuchungsbereich szenisch und mit Requisiten (Untersuchungsliege, Stethoskop, Reflexhammer usw.) vor: Ein Lernender spielt den Patienten, ein Lernender spielt den Arzt, und ein Lernender kümmert sich um die Anordnung der Kommandokarteikarten an der Tafel.

## Übung 6.2

### 6.1 Allgemeine Erläuterungen und Kommandos

Damit eine gute Kooperation des Patienten während der Untersuchung erreicht werden kann, haben wir in diesem Abschnitt die wesentlichen Kommandos für die körperliche Untersuchung aufgelistet. Da dem Patienten alle Untersuchungsschritte vor der Durchführung erklärt werden sollten, finden Sie außerdem einige Beispiele für wichtige Erläuterungen.

#### ■ ■ Zur Vorbereitung

Bei der körperlichen Untersuchung sollte man für eine für den Patienten angenehme Umgebung sorgen. Wenn möglich, sollte die Untersuchung in einem speziell dafür vorgesehenen Raum, dem Untersuchungszimmer oder u. U. dem Arztzimmer, durchgeführt werden. Wenn eine Untersuchung nur im Patientenzimmer möglich ist, sollten Angehörige anderer Patienten gebeten werden, das Zimmer für die Dauer der Untersuchung zu verlassen.

#### 6.1.1 Erste Anweisungen



6.1

- Jetzt würde ich Sie gerne körperlich untersuchen.
- Dafür möchte ich Sie bitten, sich bis auf die Unterwäsche auszuziehen.
- Bitte machen Sie den Oberkörper frei. Den BH können Sie anbehalten.
- Bitte setzen Sie sich auf die Untersuchungsliege.
- Bitte legen Sie sich hin. Bitte legen Sie sich auf den Rücken (auf den Bauch, auf die Seite).
- Zeigen Sie mir bitte Ihre Hände.



### 6.1.2 Kopf

---

- Ich möchte jetzt gerne Ihre Augen untersuchen. Dabei werde ich mit einer kleinen Taschenlampe die Pupillen testen. Schauen Sie bitte auf meine Nasenspitze.
- Bitte folgen Sie meinem Finger mit Ihren Augen, ohne dabei Ihren Kopf zu bewegen.
- Bitte ziehen Sie Ihre Augenbrauen hoch. Schließen Sie Ihre Augen. Zeigen Sie mir Ihre Zähne. Blasen Sie Ihre Wangen auf. Versuchen Sie zu pfeifen.
- Bitte öffnen Sie den Mund und zeigen mir die Zunge. Bitte sagen Sie »Ahh«.
- Ich werde ein Geräusch in der Nähe Ihrer Ohren machen. Bitte sagen Sie mir, auf welcher Seite Sie es hören.
- Um Ihren Hals zu untersuchen, werde ich mich hinter Sie stellen. Ich taste jetzt nach der Schilddrüse. Bitte schlucken Sie einmal.

### 6.1.3 Brust

---

- Ich werde jetzt Ihre Brust untersuchen. Bitte stemmen Sie die Arme in die Hüfte. Haben Sie selber einen Knoten bemerkt?
- Außerdem taste ich nach den Lymphknoten in den Achseln.

### 6.1.4 Herz

---

- Ich würde gern den Blutdruck messen. Bitte krempeln Sie die Ärmel Ihres Pullovers hoch (falls Oberkörper noch nicht frei).
- Bitte atmen Sie tief ein und halten Sie die Luft an. Jetzt weiteratmen.
- Bitte einen Augenblick nicht sprechen.
- Nun taste ich nach Ihren Pulsen.

### 6.1.5 Lunge

---

- Jetzt würde ich gern die Lungen abhören. Bitte atmen Sie durch den offenen Mund tief ein und aus.
- Wenn ich Ihnen gleich Bescheid gebe, halten Sie bitte die Luft an. Jetzt – Untersuchung – gut, bitte weiteratmen.
- Bitte husten Sie einige Male.

### 6.1.6 Abdomen

---

- Ich würde gern Ihren Bauch untersuchen. Bitte legen Sie dafür Ihre Arme neben Ihren Körper und ziehen Sie die Knie an. Zuerst höre ich den Bauch ab.
- Ich taste vorsichtig Ihren Bauch ab. Bitte sagen Sie mir, wie es sich anfühlt, ob es irgendwo unangenehm oder schmerzhaft ist.
- Bitte atmen Sie tief in den Bauch ein und wieder aus. Beim nächsten Ausatmen halten Sie bitte die Luft an und atmen langsam wieder ein.
- Ich werde noch einmal vorsichtig drücken. Bitte sagen Sie mir, ob Sie beim Drücken oder Loslassen Schmerzen haben.

### 6.1.7 Nieren, Rücken

---

- Wenn ich Ihren Rücken hier abklopfe, tut es dann irgendwo weh?

### 6.1.8 Rektum

---

- Ich muss nun noch eine rektale Untersuchung machen, d. h. den After abtasten. Bitte legen Sie sich auf die linke Seite und ziehen Sie die Knie an. Versuchen Sie sich zu entspannen und atmen Sie tief ein und aus. Ich werde gleich vorsichtig einen Finger in den After einführen.

### 6.1.9 Hoden

---

- Ich muss als nächstes Ihre Hoden untersuchen. Bitte stellen Sie sich breitbeinig hin (bitte spreizen Sie die Beine). Haben Sie irgendwelche Knoten bemerkt?

### 6.1.10 Gynäkologische Untersuchung

---

- Als nächstes werden wir eine gynäkologische Untersuchung durchführen. Die Krankenschwester wird Ihnen helfen, auf dem Untersuchungsstuhl Platz zu nehmen.

### 6.1.11 Neurologische Untersuchung

---

- Nun möchte ich gern die Kraft einzelner Muskeln prüfen.
- Bitte drehen Sie Ihren Kopf nach links – rechts.
- Bitte beugen Sie Ihren Kopf nach vorn – hinten – links – rechts.
- Drücken Sie meine Hände so fest, wie Sie können.



- Spreizen Sie Ihre Finger ab.
- Beugen Sie Ihr Handgelenk in Richtung des Handrückens/der Handinnenfläche. Beugen Sie Ihren Arm im Ellbogen(gelenk). Strecken Sie Ihren Arm.
- Heben Sie Ihre Arme zur Seite – nach vorn – nach hinten.
- Ziehen Sie Ihre Schultern nach oben.
- Ziehen Sie Ihren großen Zeh zu sich heran. Drücken Sie ihn von sich weg.
- Ziehen Sie Ihren Fuß zu sich heran. Drücken Sie ihn von sich weg.
- Heben Sie das gestreckte Bein nach oben. Drücken Sie es zum Boden.
- Beugen Sie Ihr Knie, ziehen Sie Ihren Fuß zu sich heran. Strecken Sie Ihr Knie.
- Bitte schließen Sie Ihre Augen. Ich werde Sie jetzt entweder auf der linken Seite oder auf der rechten berühren. Bitte sagen Sie mir jeweils, auf welcher Seite Sie die Berührung gespürt haben.
- Ich möchte jetzt Ihre Reflexe testen. Bitte versuchen Sie, Ihre Muskeln locker zu lassen und sich zu entspannen.
- Bitte strecken Sie nun Ihre Arme nach vorn aus, mit den Handinnenflächen nach oben. Halten Sie sie in dieser Position und schließen Sie die Augen.
- Berühren Sie mit Ihrer Ferse ihr Knie und fahren Sie an Ihrem Schienbein herunter.
- Bitte schließen Sie die Augen und führen Sie Ihren linken Zeigefinger in hohem Bogen auf Ihre Nase.

### 6.1.12 Abschluss

- Vielen Dank. Jetzt bin ich fertig mit der Untersuchung. Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen oder zeigen möchten?
- Wenn das nicht der Fall ist, können Sie sich wieder anziehen.

## 6.2 Beispiel: Körperliche Untersuchung Eva Schneider

Im Anschluss an das Aufnahmegespräch mit der Patientin Frau Eva Schneider (P; ► Kap. 5.2) führt der Assistenzarzt Herr Dr. Franz Neuberger (A) eine komplette körperliche Untersuchung durch.

### 6.2

- A: »Gut, Frau Schneider, nun würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Dafür würde ich Sie bitten, sich bis auf die Unterwäsche freizumachen und dann auf der Untersuchungsfläche Platz zu nehmen.«

Nachdem sich die Patientin entkleidet hat, betrachtet Dr. Neuberger zunächst die Haut von Frau Schneider und bewertet ihren allgemei-

nen Kräfte- und Ernährungszustand. Dann wendet er sich der Untersuchung des Kopfes zu.

- A: »Frau Schneider, jetzt möchte ich die Weite und Reaktion ihrer Pupillen überprüfen. Dazu bitte ich Sie, Ihre Augen geradeaus auf meine Nase zu richten. Ich werde Ihnen mit einer kleinen Lampe abwechselnd in das linke und rechte Auge leuchten.«
- A: »Als nächstes würde ich Sie bitten, den Kopf geradeaus gerichtet zu halten und mit Ihren Augen meinem Zeigefinger zu folgen.«

Dr. Neuberger prüft die Augenbewegungen. Danach testet er auf Schmerzhaftigkeit der Nervenaustrittspunkte und Stirn- bzw. Kieferhöhlen.

- A: »Wenn ich hier drücke oder vorsichtig klopfe, tut Ihnen das weh?«
- P: »Nein, das ist kein Problem.«

Dann inspiziert Dr. Neuberger mit einem Spatel und einer Lampe den Mund- und Rachenraum. Dabei verschafft er sich einen Eindruck vom Status des Gebisses und achtet auf lokale Entzündungszeichen.

- A: »Bitte öffnen Sie Ihren Mund und strecken Sie die Zunge weit heraus. Gut, bitte sagen Sie Ahh.«
- P: »Ahh.«
- A: »Jetzt werde ich Ihren Hals untersuchen, insbesondere die Schilddrüse und die Lymphknoten.« »Bitte schlucken Sie einmal«, fordert Dr. Neuberger seine Patientin auf, als er die Schilddrüse abtastet.

Im nächsten Schritt geht es um die Untersuchung des Thorax und der entsprechenden Organe. Zunächst beginnt Dr. Neuberger wieder mit der Inspektion. Er beurteilt die Thoraxform, den Verlauf der Wirbelsäule und die Atemexkursionen. Dann untersucht er die Lungen.

- A: »Frau Schneider, jetzt würde ich gern Ihre Lunge abhören. Bitte atmen Sie durch den offenen Mund tief ein und aus.« (Die Patientin atmet deutlich hörbar.) »Ich klopfe nun vorsichtig auf Ihren Rücken, um die Lungengrenzen und die Verschieblichkeit der Lunge zu testen. Bitte atmen Sie noch einmal tief ein und halten Sie dann die Luft an« (Die Patientin atmet ein und hält die Luft an, während Dr. Neuberger perkutiert.) »Und wieder weiter atmen.«
- A: »Als nächstes untersuche ich Ihr Herz und taste nach Ihren Pulsen.«

Dr. Neuberger auskultiert das Herz, tastet nach den peripheren Pulsen und hört auf Strömungsgeräusche der Karotiden.

- A: »Frau Schneider, bitte drehen Sie den Kopf einmal nach links. Damit ich am Hals besser hören kann, würde ich Sie bitten, noch einmal kurz die Luft anzuhalten ... und weiteratmen.«



Im nächsten Schritt widmet sich Dr. Neuburger der Untersuchung des Abdomens. Er schaut nach alten Operationsnarben und ob der Bauch gebläht erscheint.

- A: »Gut, jetzt möchte ich noch Ihren Bauch untersuchen. Bitte stellen Sie die Beine auf, legen Sie Ihre Arme an Ihre Seite und versuchen Sie, den Bauch zu entspannen. Zuerst werde ich den Bauch abhören.« – »Nun taste ich vorsichtig Ihren Bauch ab. Bitte sagen Sie mir Bescheid, wenn es irgendwo unangenehm ist oder sogar wehtut.« – »Jetzt möchte ich noch nach der Leber tasten. Dafür bitte ich Sie, in den Bauch ein- und auszuatmen.«

Nach der Untersuchung des Abdomens geht es weiter zu den Extremitäten, insbesondere aber zum schmerzhaften rechten Unterschenkel, der der Grund für Frau Schneiders Klinikbesuch ist.

- A: »Frau Schneider, jetzt möchte ich noch Ihre Arme und Beine untersuchen, dabei natürlich besonders Ihr rechtes Bein.«

Dr. Neuburger inspiziert die deutliche Schwellung und Rötung des rechten Unterschenkels. Er fühlt nach einer Temperaturdifferenz zwischen den beiden Unterschenkeln und testet auf das Vorliegen der Meyer-, Homans- und Payr-Zeichen. Anschließend führt er eine grob orientierende neurologische Untersuchung der Extremitäten durch und testet ebenfalls orientierend die Beweglichkeit der peripheren Gelenke.

- A: »Ich werde sie als nächstes mit einem Wattestäbchen auf jeweils der linken und rechten Körperseite berühren. Bitte sagen Sie mir Bescheid, falls Sie irgendwo einen Unterschied zwischen den beiden Seiten bemerken sollten.« – »Nun werde ich noch Ihre Reflexe klopfen. Bitte versuchen Sie, Ihre Muskeln locker zu lassen und sich zu entspannen.«

Bei der körperlichen Untersuchung konnte Dr. Neuburger bis auf den Lokalbefund keine pathologischen Befunde erheben.

- A: »Gut Frau Schneider, das reicht erst einmal für die körperliche Untersuchung. Im Großen und Ganzen konnte ich bis auf die Schwellung und Rötung Ihres rechten Unterschenkels keine Auffälligkeiten finden. Ursächlich für die Schwellung des Beines ist wahrscheinlich eine Thrombose, d. h. eine Verstopfung einer Beinvene. Dafür sollten wir noch eine Ultraschalluntersuchung machen, die ich gleich anmelden werde. Sie können sich aber jetzt erstmal anziehen. Vielen Dank.«
- P: »Danke, Herr Doktor.«

## 6.3 Dokumentation von Ergebnissen einer körperlichen Untersuchung

---

### ■ ■ Praxissprache

Die meisten Krankenhäuser haben vorgefertigte Bögen, in die Sie die Ergebnisse handschriftlich eintragen können. Im Anschluss an die unten aufgeführten wichtigen Begriffe zur Dokumentation von Untersuchungsergebnissen finden Sie ein Beispiel eines solchen Bogens, der die Ergebnisse der körperlichen Untersuchung von unserem Patientenfall Eva Schneider dokumentiert (■ Abb. 6.1).

1. Lesen Sie den Dokumentationsbogen unserer Patientin Eva Schneider (■ Abb. 6.1) und markieren Sie alle wesentlichen Punkte. Diese Informationen brauchen wir erneut für einen späteren Abschnitt des Buches (► Kap. 7.3). Klären Sie alle noch unverständlichen Begriffe in der großen Gruppe.

### Übung 6.3

#### 6.3.1 Allgemeinzustand

---

- AZ (→ gut, eingeschränkt, schlecht)?
- EZ (→ normal, kachektisch, adipös)?

#### 6.3.2 Haut

---

- Turgor (→ herabgesetzt, erhöht)?
- Farbe (→ blass, gerötet, zyanotisch, ikterisch)?
- Ausschläge, Läsionen, Geschwülste?

#### 6.3.3 Kopf und Augen

---

- Beweglichkeit?
- Meningismus?
- Anomalie?
- Direkte und konsensuelle Lichtreaktion?
- Augenbewegungen?
- Augenhintergrund?

#### 6.3.4 Mund und Rachen

---

- Mundschleimhaut (→ trocken, feucht, gerötet)?
- Zunge (→ trocken, atrophisch, belegt)?
- Zahnstatus?
- Tonsillen (→ entzündet, belegt)?



## 6.3 Dokumentation von Ergebnissen einer körperlichen Untersuchung

---

### ■ ■ Praxissprache

Die meisten Krankenhäuser haben vorgefertigte Bögen, in die Sie die Ergebnisse handschriftlich eintragen können. Im Anschluss an die unten aufgeführten wichtigen Begriffe zur Dokumentation von Untersuchungsergebnissen finden Sie ein Beispiel eines solchen Bogens, der die Ergebnisse der körperlichen Untersuchung von unserem Patientenfall Eva Schneider dokumentiert (■ Abb. 6.1).

1. Lesen Sie den Dokumentationsbogen unserer Patientin Eva Schneider (■ Abb. 6.1) und markieren Sie alle wesentlichen Punkte. Diese Informationen brauchen wir erneut für einen späteren Abschnitt des Buches (► Kap. 7.3). Klären Sie alle noch unverständlichen Begriffe in der großen Gruppe.

### Übung 6.3

#### 6.3.1 Allgemeinzustand

---

- ■ ■ AZ (→ gut, eingeschränkt, schlecht)?
- ■ ■ EZ (→ normal, kachektisch, adipös)?

#### 6.3.2 Haut

---

- ■ ■ Turgor (→ herabgesetzt, erhöht)?
- ■ ■ Farbe (→ blass, gerötet, zyanotisch, ikterisch)?
- ■ ■ Ausschläge, Läsionen, Geschwülste?

#### 6.3.3 Kopf und Augen

---

- ■ ■ Beweglichkeit?
- ■ ■ Meningismus?
- ■ ■ Anomalie?
- ■ ■ Direkte und konsensuelle Lichtreaktion?
- ■ ■ Augenbewegungen?
- ■ ■ Augenhintergrund?

#### 6.3.4 Mund und Rachen

---

- ■ ■ Mundschleimhaut (→ trocken, feucht, gerötet)?
- ■ ■ Zunge (→ trocken, atrophisch, belegt)?
- ■ ■ Zahnstatus?
- ■ ■ Tonsillen (→ entzündet, belegt)?

### 6.3.5 Hals

---

- Struma (→ diffus, nodulär, pulsierend)?

### 6.3.6 Lymphknoten und Brust

---

- Lymphknoten (→ vergrößert tastbar, hart, verschieblich oder nicht verschieblich, druckschmerzhaft)?
- Brust (→ Knoten, Hautveränderungen, Sekret)?

### 6.3.7 Thorax und Lungen

---

- Deformitäten der Wirbelsäule oder des Brustkorbs (→ Skoliose, Hyperkyphose, -lordose)?
- Atmung (→ Dyspnoe, Orthopnoe, Tachypnoe)?
- Lungengrenzen (→ nicht verschieblich, hoch, tief)?
- Klopfschall, Perkussion (→ sonor, hypersonor, vermindert)?
- Atemgeräusche (→ vesikulär, bronchial, verschärft, abgeschwächt)?
- Nebengeräusche (→ feinblasiges, grobblasiges Rasselgeräusch, Giemen, Brummen, Stridor)?

### 6.3.8 Herz-Kreislauf-System

---

- Puls (→ Extrasystolen, Arrhythmie)?
- Jugularvene (→ gestaut)?
- Herztöne (→ 1 und 2)?
- Herzgeräusche (→ Systolikum, Diastolikum)?
- Periphere Pulse (→ abgeschwächt, aufgehoben, Strömungsgeräusch)?
- Ödeme?
- Angina pectoris?
- Palpitationen?

### 6.3.9 Abdomen

---

- Darmgeräusche (→ vermehrt, vermindert, fehlend, klingend)?
- Bauchdecke (→ weich, hart, Abwehrspannung)?
- Schmerzen (→ lokal, fortgeleitet, Loslassschmerz)?
- Aszites?
- Organvergrößerung?
- Leber (→ glatt, derb, höckerig, druckschmerzhaft)?
- Milz (→ tastbar, derb, weich, druckschmerzhaft)?
- Nieren (→ Druck-, Klopfschmerz)?
- Hernien (→ Nabel, Leiste, Schenkel; reponibel oder irreponibel)?



### 6.3.10 Rektum

---

- Hämorrhoiden?
- Prostata (→ vergrößert, hart, Knoten tastbar)?
- Tumor (→ ... Uhr in Steinschnittlage, ... cm ab ano)?
- Blutauflagerung?

### 6.3.11 Genitalien

---

- Tumoren, Druckschmerz, Sekretion?

### 6.3.12 Extremitäten

---

- Trommelschlägelfinger?
- Uhrglasnägel?
- Trophische Störungen?
- Teleangiektasien?
- Varizen?
- Gelenke (→ Bewegungseinschränkung, Schwellung)?
- Muskulatur (→ atrophisch)?

### 6.3.13 Neurologische Befunde

---

- Allgemein (→ wach, orientiert zu Raum, Zeit, Person)?
- Hirnnervenprüfung?
- Sprache (→ deutlich und klar, verwaschen, Wortfindungsschwierigkeiten)?
- Muskulatur (→ Kraftgrade, Tremor oder Steifigkeit)?
- Reflexe (→ Sehnen-, pathologische Reflexe)?
- Sensibilität (→ Berührung, Vibration, Temperatur, Schmerz, Lageempfinden)?
- Kleinhirnfunktion (→ Diadochokinese, Finger-Nase-, Hacke-Schienbein-Test)?

## 6.4 Beispiel: Dokumentation Eva Schneider

---

- Abb. 6.1.

## Einlegeblatt zur Krankengeschichte für Patienten

Schneider

Eva

Me110808

Zuname:

Vorname:

Aufnahme-Nr.:

Jahr:

## ALLGEMEIN

Alter	Geschlecht	Größe	Ernährungszustand	Kräftezustand	Haut	Turgor
28 Jahre	<input checked="" type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input checked="" type="checkbox"/> klein <input type="checkbox"/> mittelgroß <input type="checkbox"/> groß 1,65cm	<input checked="" type="checkbox"/> gut adipös <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht	<input checked="" type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> feucht <input checked="" type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> kalt <input checked="" type="checkbox"/> warm	<input checked="" type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schlecht
Cyanose			<input type="checkbox"/> Ikterus	<input type="checkbox"/> Ödeme		
Tremor			Hautausschlag	o.B.		

## KOPF

<input checked="" type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> eingeschränkt beweglich	<input type="checkbox"/> druck- und klopfempfindlich
NAP	
<input checked="" type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> druckempfindlich	Exophthalmus Nystagmus
Augenbewegung	Pupille re li *)
<input checked="" type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eng <input type="checkbox"/> weit <input checked="" type="checkbox"/> mittelweit
Zunge	Rachen und Tonsillen
<input checked="" type="checkbox"/> feucht <input type="checkbox"/> belegt	<input type="checkbox"/> gerötet
Struma	nicht tastbar
Gebiß	o.B.
<input type="checkbox"/> saniert <input type="checkbox"/> lückenhaft	<input type="checkbox"/> Voliprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese
Lymphknoten	tastbar vergrößert <input type="checkbox"/> ja, <input checked="" type="checkbox"/> nein

nuchal, zervikal,  
axillär, inguinal

## THORAX

<input checked="" type="checkbox"/> symmetrisch <input type="checkbox"/> asymmetrisch	gebaut	<input checked="" type="checkbox"/> seitengleich beatmet <input type="checkbox"/> re li *)	atembeweglich <input checked="" type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> re li *)	<input type="checkbox"/> ober <input type="checkbox"/> unten
Lungengrenzen	verschieblich	Klopfschall	Atemgeräusch	Rasselgeräusch
<input checked="" type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schlecht		<input checked="" type="checkbox"/> sonor <input type="checkbox"/> hypersonor <input type="checkbox"/> verkürzt	<input checked="" type="checkbox"/> Vesikuläratmen <input type="checkbox"/> abgeschwächt <input type="checkbox"/> verschärft	<input type="checkbox"/> fein <input type="checkbox"/> mittelblasig <input type="checkbox"/> grobblasig <input type="checkbox"/> trocken
Herzfigur	verbreitert	Herzspitzenstoß	Töne	<input type="checkbox"/> Geräusche
<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts		<input type="checkbox"/> nach außen verlagert <input type="checkbox"/> hebend	<input checked="" type="checkbox"/> rein	keine pathologischen
Puls zentral	80 /min	Puls peripher	80 /min	
<input checked="" type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig				

330/114/83

\*) re > li: beatmet, rechts größer als links  
re = li: beatmet, rechts gleich links  
re < li: beatmet, rechts kleiner als links

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Abb. 6.1 Dokumentation Eva Schneider (Seite 1)



**ABDOMEN**

gebläht

- ☒ nein  
☐ mäßig  
☐ stark

Bauchdecken eindrückbar

- ☒ gut  
☐ schlecht

Abwehrspannung

- ☒ keine  
☐ mäßig  
☐ stark

Darmgeräusche

- ☒ lebhaft *mittel-*  
☐ spärlich  
☐ fehlend

Leber / tastbar

- ☐ ja ☒ nein  
 \_\_\_\_ Qf verbreitert

Milz / tastbar

- ☐ ja ☒ nein  
 \_\_\_\_ Qf unterm Rippenbogen

Nierenlager

- ☒ frei  
☐ klopfempfindlich re li \*)

*OP-Narbe:  
 RUQ und LUQ  
 je 1 kleine*

Bruchpforten

- ☐ geschlossen ☐ offen

Pathologische Resistenzen

- ☒ nein ☐ ja, \_\_\_\_\_

Druckschmerz

- ☒ nein ☐ ja, \_\_\_\_\_

**EXTREMITÄTEN***siehe Lokalbefund*

Gelenke frei beweglich

- ☒ ja ☐ nein, \_\_\_\_\_

Peripherie gut durchblutet

- ☒ ja ☐ nein, \_\_\_\_\_

**Varikosis**

links

- ☐ leicht ☐ Oberschenkel  
☐ mittel ☐ Unterschenkel  
☐ schwer

rechts

- ☐ leicht ☐ Oberschenkel  
☐ mittel ☐ Unterschenkel  
☐ schwer

Fußdeformierungen

- ☒ nein ☐ ja, \_\_\_\_\_

**REFLEXE** (bitte „+“ oder „-“ hinter re bzw. li eintragen)

- ☒ BSR re + li + ☒ PSR re + li + ☒ Babinski *neg.* re li ☐ Fußklonus re li  
☒ BRR (RPR) re + li + ☒ ASR re + li + ☐ Oppenheim re li  
☒ TSR re + li + ☐ Gordon re li ☐ BDR +

**LOKALBEFUND**

*deutliche Schwellung d. re. US (nicht wegdrückbar)  
 Rötung m. leichter livider Verfärbung  
 Überwärmung  
 Meyer-, Homans-Zeichen +  
 Payr-Zeichen -*

\*) re > li bedeutet: rechts größer als links  
 re = li bedeutet: rechts gleich links  
 re < li bedeutet: rechts kleiner als links

☐ Zutreffendes bitte ankreuzen!



# Die Patientenvorstellung

- 7.1 Inhalt und Struktur der Patientenvorstellung – 80**
- 7.2 Formulierungshilfen – 80**
  - 7.2.1 Wiedergabe von Angaben der Patienten – 81
  - 7.2.2 Einleitungen für die einzelnen Abschnitte der Anamnese – 82
- 7.3 Beispiel: Fallpräsentation Eva Schneider – 82**
- 7.4 Diskussion von Differenzialdiagnosen – 85**



## ■ ■ Praxissprache

**7.1 Inhalt und Struktur der Patientenvorstellung****Übung 7.1**

1. Was für eine Funktion hat eine Patientenvorstellung? In welchem Kontext läuft sie ab? Wer spricht mit wem? Wer hört evtl. zu? Überlegen Sie gemeinsam und notieren Sie Ihre Ideen an der Tafel.
2. Welche Aspekte sollten bei einer Patientenvorstellung in welcher Reihenfolge dargelegt werden? Ergänzen Sie das Tafelbild mit Ihren Gedanken zu dieser Frage.
3. Vergleichen Sie Ihre Überlegungen mit den im Folgenden genannten Anweisungen für die Durchführung einer Patientenvorstellung. Stellen Sie Ähnlichkeiten und/oder Unterschiede fest? Diskutieren Sie.

Bei der Patientenvorstellung kommt es darauf an, den Kollegen in möglichst knappen Worten einen umfassenden Eindruck der Patientin oder des Patienten zu vermitteln. Was die genaue Form und auch den Inhalt anbetrifft, kann man in verschiedenen Abteilungen unterschiedliche Stile finden. Allgemein eignet sich zur Strukturierung einer Patientenvorstellung die Orientierung an der aus dem angloamerikanischen Raum bekannten **SOAP-note**. Die Buchstaben stehen dabei für

- S – subjektive Beschwerden,
- O – objektive Befunde,
- A – Assessment, d. h. Beurteilung des Falls und
- P – Plan für das weitere Vorgehen.

Unter den Bericht der subjektiven Beschwerden fallen auch alle weiteren wichtigen anamnestischen Angaben (► Kap. 5.1.2 für die Strukturierung der Anamnese). Beim Bericht der objektiven Befunde sollten alle relevanten positiven und negativen Befunde erwähnt werden, zuerst die klinischen, dann die weiteren technischen Untersuchungsergebnisse.

Bei der Wiedergabe der Beschwerden, so wie die Patientin oder der Patient sie berichtet hat, sollte (grammatikalisch korrekt) der Konjunktiv I genutzt werden. Dies ist für den schriftlichen Gebrauch zu beachten. Im klinischen Alltag wird mündlich der Einfachheit halber meist das Präsens benutzt.

**7.2 Formulierungshilfen****Übung 7.2**

1. Welche Formulierungen und Wörter (Verben, Nomen usw.) könnten für eine Patientenvorstellung wichtig sein? Notieren Sie Ihre Gedanken auf Karteikarten und sammeln Sie diese an der Tafel; z. B.:
  - a. Herr X ist ein 67-jähriger Patient, der sich heute Morgen wegen starker Brustschmerzen vorstellte.



- b. Der Patient berichtete ...
2. Vergleichen Sie Ihre Formulierungen mit jenen im folgenden Abschnitt.

Bei Patientenvorstellungen muss es häufig schnell gehen, z. B. bei einer kurzen Stationsvisite, bevor es in den OP geht. Dabei ist es eine Sache, alle wichtigen Fakten parat zu haben. Eine andere ist es, in dieser Situation auch noch die richtigen Worte zu finden. Das ist besonders schwierig für Ärztinnen und Ärzte, für die Deutsch nicht die Muttersprache ist. Daher kann es hilfreich sein, sich einige Standardformulierungen zurechtzulegen. Im Folgenden finden Sie einige Beispiele dafür.

### 7.2.1 Wiedergabe von Angaben der Patienten

Frau Meier ist eine 17-jährige Patientin, die sich wegen Oberbauchbeschwerden vorstellt.

Die Patientin berichtet/erklärt/erzählt, dass ...

- ... die Beschwerden seit ca. 1 Tag bestünden/bestehen würden.
- ... die Schmerzen in die rechte Schulter ausstrahlen/ausstrahlen würden.

Die Patientin klagt/berichtet über ...

- ... eine außerdem aufgetretene Rötung am ganzen Körper.

Des Weiteren gibt die Patientin an, ...

- ... seit gestern Abend 3-mal erbrochen zu haben.
- ... dass begleitend Kopfschmerzen aufgetreten seien.

Ferner sind der Patientin folgende Begleitsymptome aufgefallen:

- ... (hier ist eine Aufzählung möglich) Nachtschweiß und Gewichtsabnahme.

Außerdem erwähnte die Patientin ...

- ... einen Auslandsaufenthalt in Zentralafrika vor einem Monat.

Wenn die Patientin zu einem Einzelteil der Anamnese nichts Besonderes zu berichten hat, kann die Wiedergabe wie folgt knapp dargestellt werden:

Die Vorgeschichte/vegetative Anamnese/Familienanamnese etc. war unauffällig, bis auf ...

- ... eine Appendektomie 1997.
- ... Durchschlafstörungen aufgrund von Nykturie (3-mal pro Nacht).
- ... eine Hypertonie der Mutter.

Die Medikamentenanamnese/Sozialanamnese ergab ...

- ... eine regelmäßige Einnahme von HCT 12,5 mg morgens.
- ... dass die Patientin allein lebt.

### 7.2.2 Einleitungen für die einzelnen Abschnitte der Anamnese

- **Vorerkrankungen:** Wichtige/relevante Vorerkrankungen der Patientin sind ...
- **Medikamente:** Die Patientin nimmt ... regelmäßig ein.
- **Allergien:** Die Patientin ist allergisch auf .../Eine Arzneimittelallergie gegen Penicillin ist bekannt.
- **Vegetative Anamnese:** Die vegetative Anamnese ergab ...
- **Familienanamnese:** In der Familie der Patientin fanden sich folgende wichtige Erkrankungen:
- **Sozialanamnese:** Die Patientin ist verheiratet und lebt mit ihrem Ehemann zusammen.

### 7.3 Beispiel: Fallpräsentation Eva Schneider

#### Übung 7.3

1. Nutzen Sie die in ► Kap. 5.2 (Anamnese) und ► Kap. 6.2 (körperliche Untersuchung) gesammelten Informationen, um eine Patientenvorstellung zu unserer Patientin Eva Schneider zu gestalten (maximal 1 DIN-A4-Seite). Gehen Sie auf der Basis Ihrer klinischen Erfahrungen auch auf die Aspekte »Beurteilung« und »Plan« ein. Arbeiten Sie in 2er-Gruppen.
2. Stellen Sie Ihre Fallpräsentation in der großen Gruppe vor. Diskutieren Sie die unterschiedlichen Ergebnisse: Was war besonders gelungen? Was hat gefehlt? Was war umständlich oder missverständlich formuliert? usw.
3. Lesen Sie nun die folgende Beispielpatientenvorstellung zu Eva Schneider.



- 7.1** Frau Schneider ist eine 28-jährige Patientin, die sich wegen am Vorabend aufgetretener Schmerzen im rechten Unterschenkel vorstellte. Des Weiteren berichtete die Patientin über eine Schwellung und Rötung der betroffenen Extremität. Die Patientin gibt an, dass sich die Beschwerden im Laufe der Nacht deutlich verschlechtert hätten. Es sind keine relevanten Vorerkrankungen bekannt. Außer einem oralen Kontrazeptivum nimmt die Patientin keine Medikamente regelmäßig ein. Die vegetative Anamnese ist unauffällig bis auf einen Nikotinabusus von ca. 10 Zigaretten pro Tag. In der Familienanamnese fanden sich wiederholte Thrombosen der unteren Extremität bei der Mutter. Die Patientin arbeitet als Verkäuferin, ist unverheiratet und hat keine Kinder.

In der körperlichen Untersuchung ergab sich bei gutem Allgemeinzustand ein adipöser Ernährungszustand mit einem BMI von 29.



Die rechte untere Extremität zeigte distal der Poplitea eine schmerzhafte, nicht wegdrückbare Schwellung und eine rötlich-livide Verfärbung. Meyer- und Homans-Zeichen waren positiv bei negativem Payr-Zeichen. Cor, Pulmo und Abdomen waren unauffällig.

Der klinische Befund deutet am ehesten auf eine Phlebothrombose einer unteren Beinvene rechts hin. Für eine Phlebothrombose weist die Patientin mehrere Risikofaktoren auf: weibliches Geschlecht, Übergewicht, orales Kontrazeptivum und Nikotinabusus. Alternativ kommen eine Thrombophlebitis, ein Erysipel und ein Lymphödem in Betracht. Die Tatsache, dass der gesamte rechte Unterschenkel betroffen ist, ohne dass ein verdickter Venenstrang zu tasten ist, spricht gegen eine Thrombophlebitis. Das Fehlen einer scharfen Demarkation der Rötung und der gute Allgemeinzustand der Patientin passen nicht zu einem Erysipel. Die fehlende Wegdrückbarkeit der Schwellung und die deutliche Rötung sprechen gegen ein Lymphödem.

Zur weiteren Abklärung würde ich gerne eine farbkodierte Duplexsonographie durchführen sowie folgende labortechnische Untersuchungen: Blutbild, Gerinnung inklusive D-Dimere. Außerdem würde ich eine erweiterte Gerinnungsdiagnostik anfordern, da aufgrund des jungen Alters der Patientin hyperkoagulatorische Faktoren untersucht werden müssen.

Sollte sich der Verdacht auf eine Phlebothrombose der rechten unteren Extremität erhärten, würde ich eine Antikoagulationstherapie mit Heparin und Marcumar durchführen.

### Übung 7.4

1. Wie in ► Kap. 7.1 erwähnt, eignet sich die Orientierung an der aus dem angloamerikanischen Raum bekannten SOAP-note zur Strukturierung einer Patientenvorstellung. Erinnern Sie sich: Für welche Wörter stehen die einzelnen Buchstaben S, O, A, und P? Notieren Sie die Begriffe. Gliedern Sie dann den Text, indem Sie mit verschiedenen Farben markieren, wo sich der S-, der O-, der A- und der P-Teil befinden. Arbeiten Sie in 2er-Gruppen und vergleichen Sie Ihre Ergebnisse anschließend in der großen Gruppe.
2. Vergleichen Sie die Beispielpatientenvorstellung zu Eva Schneider mit den von Ihnen gestalteten Patientenvorstellungen. Erkennen Sie Ähnlichkeiten und/oder Unterschiede? Tauschen Sie sich in der großen Gruppe über die Vor- und Nachteile der verschiedenen Patientenvorstellungen aus.
3. In der Beispielpatientenvorstellung werden einige medizinische Fachtermini und Abkürzungen von medizinischen Fachtermini genannt, die ein Laie nicht verstehen kann. Sie sind in ■ Tab. 7.1 aufgezählt. Finden Sie einfache Erklärungen für die Begriffe, die Sie der Patientin Eva Schneider geben könnten, wenn Sie nach der Bedeutung der Fachtermini fragen würde. Notieren Sie die gefundenen Erklärungen stichpunktartig in der rechten Spalte von ■ Tab. 7.1. Die Auflösung finden Sie im Lösungsteil am Ende des Buches (► Anhang C).
4. Arbeiten Sie in Kleingruppen und vergleichen Sie Ihre Ergebnisse anschließend in der großen Gruppe.

■ Tab. 7.1 Medizinische Fachtermini für Laien verständlich erklären (Lösung ► Anhang C)

Medizinischer Fachterminus	Erklärung für Laien
-e Extremität, en	Ein Mensch hat 4 Extremitäten: 2 Arme und 2 Beine.
-s orale Kontrazeptivum, a	
-r Nikotinabusus	
-e Thrombose, n	
-r adipöse Ernährungszustand	
distal	
-e Poplitea	
livide	
-s Meyer-Zeichen	
s Homans-Zeichen	
-s Payr-Zeichen	
Cor	
Pulmo	
-s Abdomen	
-e Phlebothrombose	
-e Thrombophlebitis	
-s Erysipel	
-s Lymphödem, e	
-e Demarkation, en	
-e farbkodierte Duplexsonographie	
-e D-Dimere	
-e hyperkoagulatorische Faktoren (Pl.)	
-e Antikoagulationstherapie	
Heparin	
Marcumar	



## 7.4 Diskussion von Differenzialdiagnosen

---

Im Austausch der Ärzte untereinander ist die Diskussion von Differenzialdiagnosen eines der wichtigsten Themen. Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten der Strukturierung einer solchen Diskussion. Häufig ist die letztlich gewählte Form auf die Vorliebe eines Chef- oder Oberarztes zurückzuführen. Im Allgemeinen kann man sich aber an der Struktur orientieren, wie sie bereits im Beurteilungsteil der Beispielpatientenvorstellung angewendet worden ist (► Kap. 7.3).

Die verschiedenen in Betracht kommenden Diagnosen werden dabei in der Reihenfolge ihrer Wahrscheinlichkeit durchgesprochen. Die wahrscheinlichste Diagnose wird zuerst genannt, danach folgen die anderen in absteigender Wahrscheinlichkeit. Wichtig ist es, alle relevanten Informationen zu nennen, die sowohl für als auch gegen eine Diagnose sprechen. Dabei sollten die subjektiven Angaben des Patienten genau so beachtet werden wie objektive Befunde der körperlichen oder der weiterführenden Untersuchungen. Auch Negativbefunde können relevant sein und sind dann zu berichten.



## Weiterführende Untersuchungen: Die apparative Diagnostik

### 8.1 Lexik – weiterführende Untersuchungen – 88

8.1.1 Labordiagnostik – 88

8.1.2 Bildgebende Verfahren – 91



### ■ ■ Praxissprache

In aller Regel schließen sich an die sorgfältige Erhebung der Anamnese und an die Durchführung der körperlichen Untersuchung weitere technische Untersuchungen an, die dazu dienen, die Diagnose für die Erkrankung des Patienten mit größerer Sicherheit zu finden. Diese Untersuchungen werden direkt vom Stationsarzt oder nach Absprache mit dem Oberarzt in die Wege geleitet.

## 8.1 Lexik – weiterführende Untersuchungen

Zwei der am häufigsten und in allen Abteilungen verwendeten weiterführenden Untersuchungsverfahren sind

- die sog. **Labordiagnostik** (■ Tab. 8.1–8.7):
  - v. a. Untersuchungen von Blutparametern und
- die **bildgebenden Verfahren** (■ Tab. 8.8–8.16):
  - u. a. Röntgenaufnahmen,
  - Computertomographie.

Zu beiden Bereichen haben wir Ihnen eine Übersicht mit den wichtigsten Begriffen zusammengestellt. Die 2. Spalte der Tabellen soll Platz bieten für eigene Anmerkungen.

### 8.1.1 Labordiagnostik

■ Tab. 8.1 Die Beurteilungskriterien in der Labordiagnostik

	Eigene Anmerkungen
normal	
krankhaft verändert, auffällig	
erhöht, gesteigert	
erniedrigt, vermindert	

### Blutuntersuchungen

■ Tab. 8.2 Das Blutbild (BB)

	Eigene Anmerkungen
-e Erythrozyten (m. Pl.)	
-s Hämoglobin (Hb)	
-r Hämatokrit (Hkt)	
MCV (mittleres korpuskuläres Volumen) (n.)	

■ Tab. 8.2 Fortsetzung

	Eigene Anmerkungen
MCH (mittleres korpuskuläres Hämoglobin) (n.)	
MCHC (mittlere korpuskuläre Hämoglobinkonzentration) (f.)	
-e Retikulozyten (m. Pl.)	
-e Thrombozyten (m. Pl.)	
-e Leukozyten (m. Pl.)	
-e Granulozyten (m. Pl.)	
-e Lymphozyten (m. Pl.)	
-e Monozyten (m. Pl.)	
-e Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)	

■ Tab. 8.3 Die Serumelektrolyte

	Eigene Anmerkungen
-s Kalzium $\text{Ca}^{2+}$	
-s Magnesium $\text{Mg}^{+}$	
-s Chlorid $\text{Cl}^{-}$	
-s Phosphat $\text{HPO}_4^{-}$	

■ Tab. 8.4 Die Gerinnungsparameter

	Eigene Anmerkungen
-e Blutungszeit	
-e Thromboplastinzeit	
-r Quickwert	
-e/r INR	
-e partielle Thromboplastinzeit (PTT)	
-e Thrombinzeit (TZ)	
-s Fibrinogen	
-e D-Dimere	
-e Gerinnungsfaktoren (m. Pl.)	



Tab. 8.5 Spezielle Parameter

	Eigene Anmerkungen
-e Glukose	
-r Blutzucker (BZ)	
-s Gesamteiweiß im Serum	
-s Albumin	
-s Cholesterin	
-e Gesamtlipide (n. Pl.)	
-e Harnsäure	
-s gesamte/direkte/indirekte Bilirubin	
-e Transaminasen (f. Pl.)	
-e alkalische Phosphatase	
-e $\gamma$ -GT	
-e Lipase	
-s Kreatinin	
-r Harnstoff	
-s Serumeisen	
-s Ferritin	
-s Kupfer	
-s Serumkupfer	

Tab. 8.6 Die Blutgasanalyse

	Eigene Anmerkungen
-r pH	
-r $pO_2$	
-r $pCO_2$	
-e Sauerstoffsättigung	
-s Standardbikarbonat	
-e Basenabweichung (BA)	
-s Laktat	
-e Anionenlücke	

## Urinuntersuchungen

Tab. 8.7 Die Standardparameter

	Eigene Anmerkungen
-r Urinstatus	
-r U-Stix	
-r 24-h-Sammelurin	
-e Urinkultur	
-e Keime (m. Pl.)	
-r Erythrozytenzylinder	
-r Leukozytenzylinder	
-s Urinsediment	
-s Nitrat	
-s Eiweiß	

## 8.1.2 Bildgebende Verfahren

Tab. 8.8 Der Strahlenschutz

	Eigene Anmerkungen
-s Blei	
-e Bleischürze	
-e Schutzbrille	
strahlenundurchlässig	
-r Schilddrüsen-, Gonadenschutz	
-s Stabdosimeter	
-r Schwellenwert	
-r Grenzwert	
-r Strahlenschaden	



## Die wichtigsten Untersuchungstechniken

Für jede dieser Untersuchungstechniken haben wir die wesentlichen technischen Begriffe aufgelistet (■ Tab. 8.9–8.13).

■ Tab. 8.9 Das Röntgen (Rö)

	Eigene Anmerkungen
-e Strahlen (m. Pl.)	
■ -e Strahlendosis	
■ -e Strahlendurchgängigkeit	
■ -e Streustrahlen (m. Pl.)	
-e Dichte (wie Wasser, wie Luft, wie Fett, wie Knochen)	
-e Über-, Unterbelichtung	
-e Übersichtsaufnahme	
-e Leeraufnahme	
-e Übertischaufnahme	
-r Strahleneinfallswinkel	
■ anterior–posterior (a.-p.)	
■ posterior–anterior (p.-a.)	
■ seitlich	
■ aufrecht	
■ liegend	
■ in Seitenlage	

■ Tab. 8.10 Der Ultraschall (Sono)

	Eigene Anmerkungen
-e Ultraschallwelle	
-r Schallkopf	
-s Kontaktgel	
echoarm/-reich/-frei	
-e hohe/niedrige Auflösung	
-e Eindringtiefe	
-e Reflexion	
-e Absorption	
-e Beugung	
-e Streuung	
-e Schallverstärkung	
-r Schlagschatten	
-r Randschatten	
-s Spiegelphänomen	

**Tab. 8.11** Die Computertomographie (CT)

	Eigene Anmerkungen
-s Feinschnitt-CT	
-s Spiral-CT	
-s Myelo-CT	
-s Weichteil-, Knochen-, Lungen- fenster	
-e Schichten (m. Pl.)	
isodens, hypodens (dunkel) hyperdens (hell)	

**Tab. 8.12** Die Magnetresonanztomographie (MRT)

	Eigene Anmerkungen
-s Magnetfeld	
-e T1-, T2-Gewichtung	
-e Diffusionsgewichtung	
isodens, hypodens (dunkel) hyperdens (hell)	
-s schwache/starke Signal (n.)	

**Tab. 8.13** Die Kontrastmitteluntersuchungen

	Eigene Anmerkungen
-s Kontrastmittel (KM) — jodhaltig — bariumhaltig — mit Luftbläschen	
-e Kontrastmittelanreicherung	
-e Unverträglichkeitsreaktion	

Jede der in **Tab. 8.9–8.12** genannten Untersuchungen kann auch mit einem Kontrastmittel durchgeführt werden. Dieses Vorgehen dient i. Allg. dazu, das Signal-Rausch-Verhältnis zu verbessern.

### Bildbeschreibung

Die Radiologen benutzen oft spezielle Begriffe für die Bildbeschreibung. Diese für jede einzelne Untersuchungstechnik aufzuführen, würde den Rahmen des Buches sprengen. Aus diesem Grund stel-



len wir hier am Beispiel der Thoraxröntgenaufnahme einige der wichtigsten Begriffe vor (■ Tab. 8.14–8.16).

■ Tab. 8.14 Die Aufnahmequalität

	Eigene Anmerkungen
ganze Lunge abgebildet	
in tiefer Inspiration	
(keine) Bewegungsunschärfe	
(keine) Überlagerung durch die Schulterblätter	
Randwinkel einsehbar	
keine Verdrehung	

■ Tab. 8.15 Die anatomischen Strukturen

	Eigene Anmerkungen
-e Zwerchfellkuppel	
-s Lungenoberfeld/Lungenunterfeld	
-r Pleurasinus	
-e Pleuragrenze	
-e Gefäßzeichnung	
-s Bronchopneumogramm	
-r Herzschatten	
-r Herzzerchfellwinkel	
-e Magenblase	
-e Weichteile (n. Pl.)	
-e Knochenstrukturen (n. Pl.)	

Tab. 8.16 Die Auffälligkeiten

	Eigene Anmerkungen
-e Verschattung	
■ zentral oder peripher	
■ rund	
■ mit multiplen Knötchen	
■ eingeschmolzen/kaverniert	
■ mit diffusen Mikroherden	
■ lobär, segmental begrenzt	
■ parahilär schmetterlingsförmig	
■ an den Grenzen verschwommen	
-e Verdunkelung	
-e Aufhellung	
-e Kontur	
■ verschwommen	
■ unscharf	
■ flockig/wolkig	
■ Doppelkontur	
-r Rand	
■ glatt	
■ unregelmäßig	
■ gelappt	
-r Volumeneffekt	
-e Verdrängung	
-e Verzerrung	
-e Verlagerung	
-r Herd	
■ gut oder schlecht abgrenzbar	
■ verkalkt oder verknöchert	
■ solide oder verschmolzen	
-r Rundherd	
■ einzelner	
■ multiple	
-e Kaverne	
-e Verkapselung	
-e Verdichtung	
-e Zeichnungsvermehrung	
-e Streifung	

### Anfordern von weiterführenden Untersuchungen

Der größte Teil der weiterführenden Untersuchung wird von Abteilungen oder Personen durchgeführt, die auf sie spezialisiert sind (z. B. das Zentrallabor des Krankenhauses oder die Röntgenabteilung). Damit diese Untersuchungen für einen Patienten Ihrer Abteilung



durchgeführt werden können, müssen Sie sie als Stationsarzt anfordern. In vielen Krankenhäusern laufen die Anforderungen inzwischen über Computersysteme. In diesem Fall müssen Sie nur die benötigten Informationen eingeben und die geforderte Untersuchung anklicken. Zum Teil werden Anforderungen aber auch noch auf speziell dafür vorgesehenen Formularen per Fax oder per Rohrpost versandt.

#### Übung 8.1: Weiterführende Untersuchungen für Eva Schneider

1. Überlegen Sie, welche weiterführenden Untersuchungen Sie im Falle unserer Patientin Eva Schneider durchführen würden. Machen Sie sich dazu Notizen und diskutieren Sie Ihre Ideen in der großen Gruppe.
2. Als Beispiel haben wir Ihnen hier zwei Anforderungen beigelegt, die der Assistenzarzt Franz Neuberger für unsere Patientin Eva Schneider ausgefüllt hat. Er hat für sie eine Farbduplexsonographie (■ Abb. 8.1) und eine Laboruntersuchung (■ Abb. 8.2) angefordert.
3. Schauen Sie sich die Anforderungen in 2er-Gruppen an und klären Sie mögliche Fragen. Besprechen Sie sie anschließend in der Gruppe. Welche wichtigen Informationen sollte eine Anforderung i. Allg. enthalten?

## Beispielanforderungen für Frau Eva Schneider

Klinikum St. Martin	
Abteilung für Kardiologie und Angiologie	
Direktorin: Fr. Prof. Dr. med. I. Klopfer	
Angiologisches Funktionslabor	
Friedrichstr. 10, 13156 Berlin; Tel. (030) 123 456; Rohrpost X11	
Anmeldung zur farbkodierten Duplexsonographie	
Patientendaten:	Leistungskleichen:
Name:	Eva Schneider
Geburtsdatum:	23.05.1980
Adresse:	Zossener Str. 5, 10977 Berlin
Krankenkasse:	AOK Berlin
Duplexsonographische Untersuchungen	
<input type="checkbox"/> Extrakranielle Gefäße	
<input type="checkbox"/> Periphere Arterien	<input type="checkbox"/> Arme
<input checked="" type="checkbox"/> Venen	<input checked="" type="checkbox"/> Beine
<input type="checkbox"/> Retroperitoneale Gefäße / Nierenarterien	<input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Leiste (Aneurysma? AV-Shunt?)	<input type="checkbox"/> links
Angiologisches Funktionslabor	
<input type="checkbox"/> Endothelfunktion	
<input type="checkbox"/> Kapillarmikroskopie	
<input type="checkbox"/> Fotoplethysmographie	
<input type="checkbox"/> Venenverschlussplethysmographie	
<input type="checkbox"/> Knöchel-Arm-Index	
<input type="checkbox"/> Gehstrecke	
<input type="checkbox"/> Transkutane O <sub>2</sub> / CO <sub>2</sub> -Messung	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	
Anamnese:	<i>seit dem Vorabend bestehende starke Schmerzen in d. re. unteren Extr. + Schwellung u. Rötung</i>
Infektionen?:	<i>keine</i>
Fragestellung:	<i>Phlebothrombose?</i>
Datum:	11.08.08
Station:	IM
Telefon:	-345
Unterschrift:	<i>Franz Neuberger</i>

Abb. 8.1 Anforderung einer Duplexuntersuchung



■ **Abb. 8.2** Anforderung von Laboruntersuchungen



# Ärztliche Gesprächsführung

## 9.1 Techniken – 100

### 9.1.1 Aktives, empathisches Zuhören – 100

## 9.2 Das schwere Gespräch – Überbringen von schlechten Nachrichten – 103

### 9.2.1 Beispielformulierungen – 106

### 9.2.2 Fallbeispiele – 109



## ■ ■ Transfersprache

## 9.1 Techniken

## 9.1.1 Aktives, empathisches Zuhören

Der Begriff »**aktives Zuhören**« wurde von dem amerikanischen Psychologen Carl Rogers eingeführt und von seinem Landsmann Thomas Gordon zur operativen Methode entwickelt. Aktives Zuhören kann jederzeit, überall und von jedem angewandt werden. Es sichert aktiv das korrekte Verstehen, daher der Name. Aktives Zuhören ist ein Prozess, in dem sich der Empfänger der Signale mit einer Kontrollfrage an den Sender versichert, dass er die Botschaft richtig verstanden hat.

Aktives Zuhören ist die grundlegende Methode der **patientenzentrierten Gesprächsführung** im Rahmen eines partnerschaftlichen Modells, das die ärztliche Behandlung als das Ergebnis einer Kooperation zwischen Arzt und Patient ansieht.

Patientenzentrierte Gesprächsführung bedeutet, dem Patienten genügend Raum zu geben, sich um die Lebensumstände, die von der Erkrankung beeinflusst werden, zu kümmern. Damit wird aktives Zuhören besonders bedeutsam bei schweren und chronischen Erkrankungen, bei denen der persönliche Hintergrund in die Behandlungssituation einfließt. Auch bei Compliance-Problemen sind die Techniken von herausgehobener Bedeutung.

Mit dem Begriff »**empathisches Zuhören**« ist gemeint, dass der Zuhörer dem Sender die Möglichkeit gibt, sich gehört und ernst genommen zu fühlen.

- Übung 9.1** 1. Im Folgenden sind verschiedene Beispiele für wichtige Techniken der ärztlichen Gesprächsführung genannt, die die Umsetzung des »aktiven empathischen Zuhörens« ermöglichen. Lesen Sie die Gesprächsauszüge und ordnen Sie sie in ■ Tab. 9.1 den verschiedenen Techniken zu. Sie können Ihre Ergebnisse mit den Angaben im Lösungsteil vergleichen, wenn Sie möchten (► Anhang C).

■ **Tab. 9.1** Übung 9.1: Zuordnung von Gesprächsauszug und Technik (Lösungen ► Anhang C)

Gesprächsauszug	A	B	C	D	E	F	G
Technik	?						

## Gesprächsauszüge

 9.1

### ■ ■ Gesprächsauszug A

- Patientin: Mein Mann kann mir mit meinen Problemen auch nicht wirklich helfen. Der trinkt sowieso fast täglich bis zum Umfallen.
- Arzt: Was meinen Sie mit »bis zum Umfallen«? Wie viel trinkt Ihr Mann und wie oft?

### ■ ■ Gesprächsauszug B

- Arzt: Also, ich fasse noch mal zusammen, was Sie mir erzählt haben: Seit gestern haben Sie vermehrtes Wasserlassen und Brennen beim Wasserlassen. Auch haben Sie den Eindruck, dass Ihr Urin leicht rötlich verfärbt ist. Habe ich das richtig verstanden?
- Patientin: Ja, genau. Dabei fällt mir noch ein ...

### ■ ■ Gesprächsauszug C

- Ärztin: Sie haben vorhin erzählt, dass Sie Probleme auf der Arbeit haben. Möchten Sie dazu noch mehr sagen?
- Patientin: Ich arbeite wie verrückt und bekomme keine Anerkennung von meiner Chefin. Ich kann tun, was sie will; sie hat immer etwas an mir auszusetzen. Ich bin wirklich ratlos ...
- Ärztin: Hm ... (3 Sekunden Pause).

### ■ ■ Gesprächsauszug D

- Patient: Ich habe seit gestern Morgen nichts gegessen, so schlecht ist mir die ganze Zeit!
- Arzt: Nichts gegessen ...
- Patient: Ja, gar nichts, noch nicht mal eine Kleinigkeit wie ein Stück Brot. Das kommt bei mir sonst nie vor; das will schon was heißen ...

### ■ ■ Gesprächsauszug E

- Patientin: Seit heute Morgen habe ich dieses komische Gefühl in der Brust.
- Arzt: Erzählen Sie mir mehr über dieses Gefühl. Wie würden Sie es beschreiben?

### ■ ■ Gesprächsauszug F

- Patient: Als ich nachts aufwachte, war ich schweißgebadet, und mein Herz raste.
- Ärztin: Ah ja.
- Patient: Ich bin dann erstmal aufgestanden und habe ein Glas kaltes Wasser getrunken.



## ■ ■ Gesprächsauszug G

- Patientin: Ich möchte nicht operiert werden, ich will nicht ins Krankenhaus! Ich kann das meinen Kindern nicht antun, die brauchen mich doch! Wie sollen sie denn ohne mich auskommen?
- Arzt: Sie machen sich Sorgen, weil Sie das Gefühl haben, nicht genügend für Ihre Kinder da sein zu können.
- Patientin: Ja, genau. Sie haben sowieso schon genug darunter zu leiden, dass es mir in der letzten Zeit nicht so gut geht. Ich will sie nicht noch mehr belasten. Es soll ihnen doch gut gehen!
- Arzt: OK, ich verstehe. Sie haben ein schlechtes Gewissen, weil Sie krank sind, und Sie denken, dass Sie Ihre Kinder damit belasten.

**Techniken der Gesprächsführung**

- 1: Echoing.
- 2: Paraphrasieren.
- 3: Pausen machen.
- 4: Zusammenfassen der Inhalte.
- 5: Nachfragen.
- 6: Ermutigung zur Weiterrede.
- 7: Stellen von offenen Fragen.

**Übung 9.2**

1. Führen Sie nun in 2er-Gruppen in Form eines Rollenspiels ein Anamnesegespräch zu einem Thema oder einer Krankheit Ihrer Wahl und versuchen Sie, möglichst viele der genannten Techniken anzuwenden. Werten Sie die Gespräche anschließend gemeinsam mit Ihrem Partner aus:
  - a. Rolle des Arztes:
    - Welche Techniken haben Sie besonders oft angewandt? Welche weniger?
    - Welche Techniken erscheinen Ihnen besonders effektiv, welche weniger?
    - usw.
  - b. Rolle des Patienten:
    - Welche Techniken fanden Sie besonders angenehm?
    - Welche Techniken fanden Sie besonders produktiv?
    - Welche Techniken erscheinen Ihnen eher unangenehm oder künstlich, wenig sinnvoll?
    - usw.
2. Wie würden Sie den folgenden Gesprächsauszug bewerten? Handelt es sich hierbei um eine erfolgreiche Arzt-Patienten-Kommunikation? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?
3. Welche der genannten Techniken der ärztlichen Gesprächsführung werden hier angewendet? Markieren Sie die unterschiedlichen Techniken und benennen Sie sie. Die Auflösung finden Sie im Lösungsteil am Ende des Buches (► Anhang C).

### ■ ■ Gesprächsauszug einer Arzt-Patienten-Kommunikation

 9.2

- A: Ich habe Ihnen die Ergebnisse des kardiologisch-kardiochirurgischen Kolloquiums mitgeteilt und würde nun gern hören, welche Gedanken Sie sich zwischenzeitlich gemacht haben und ob Sie die Entscheidung meiner Kollegen teilen können.
- P: Ich bin erst einmal geschockt, dass der Befund so lebensbedrohlich ist und dass ich mich sofort operieren lassen muss. Mir wäre es lieber gewesen, noch einige Monate Zeit zu haben, um meinen beruflichen Verpflichtungen nachzugehen und noch einmal mit meiner Familie Urlaub zu machen.
- A: Ja, ich sehe, der Befund kommt sehr überraschend für Sie, und Sie müssen sich erst an die Situation gewöhnen. Wenn Sie möchten, kann ich Ihnen noch einmal die Vorteile einer baldigen Operation erklären.
- P: Ja, darum möchte ich Sie bitten. Ich bin im Moment zu sehr überrascht, um einzuwilligen. Ich brauche noch einige Informationen zu Nutzen und Risiken der Operation.

Der Arzt klärt ausführlich über den Eingriff und seine Risiken auf und schließt mit den Worten:

- A: Aus allen diesen Gründen ergibt sich die Indikation für eine sofortige Operation, aber ich sehe, dass Sie zögern und Zeit brauchen, um sich dafür zu entscheiden.
- P: Ja, ich merke, je mehr ich mich damit beschäftige, desto mehr Fragen habe ich. Am liebsten möchte ich noch eine Nacht darüber schlafen und zunächst Ihre Empfehlung mit meiner Frau besprechen. Danach würde ich gerne mit Ihnen gemeinsam das weitere Vorgehen festlegen.
- A: Einverstanden. Ich finde es gut, dass Sie sich so ausführlich mit der Entscheidung auseinandersetzen. Sie zeigen damit, dass Sie auch Verantwortung übernehmen möchten. Ich bin gerne weiterhin bereit, mit Ihnen gemeinsam eine Lösung zu finden, die sowohl von uns als Kardiologen und Chirurgen als auch von Ihnen und Ihrer Familie getragen wird. Ich schlage Ihnen vor, dass Sie zu unserem nächsten Termin auch Ihre Frau mitbringen.

Fallbeispiel aus Schweickhardt A, Fritzsche K (2007) Kursbuch ärztliche Kommunikation. Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis. Deutscher ÄrzteVerlag, Köln, S. 32

## 9.2 Das schwere Gespräch – Überbringen von schlechten Nachrichten

1. Im Folgenden finden Sie eine Sammlung von Zitaten, die alle das Thema »Kommunikation« berühren. Lesen Sie sie und diskutieren Sie ihre Bedeutung. Berücksichtigen Sie dabei folgende Fragen:

### Übung 9.3



- a. Welches Zitat gefällt Ihnen besonders gut?
- b. Welches Zitat finden Sie evtl. kritisch oder unverständlich? usw.



**9.3** » Was du tust, schreit so laut, dass ich nicht hören kann, was du sagst. «

(Afrikanisches Sprichwort)

» Dass man, wenn es in Wahrheit gelingen soll, einen Menschen zu einem bestimmten Ort zu führen, vor allen Dingen darauf achten muss, ihn dort zu finden, wo er ist und dort anfangen. Dieses ist das Geheimnis in jeder Kunst des Helfens. (...) Um in Wahrheit einem anderen helfen zu können, muss ich mehr verstehen als er selber – aber doch wohl in erster Linie das verstehen, was er versteht. «

(Sören Kierkegaard, dänischer Philosoph)

» Das Furchtbarste so sagen, dass es nicht mehr furchtbar ist, dass es Hoffnung gibt, weil es gesagt ist. «

(Elias Canetti, Schriftsteller jüdischer Herkunft)

» Mache die Dinge so einfach wie möglich – aber nicht einfacher. «

(Albert Einstein)

» Wenn Du sprichst, soll dein Reden besser sein als dein Schweigen. «

(Arabisches Sprichwort)

» Auch wenn das Thema kompliziert ist, braucht das Gespräch darüber es nicht zu sein. Wenn es als schwer 'erlebt' wird, dann nicht, weil es kompliziert ist, sondern weil du versuchst, um etwas herumzureden. «

(Bent Falk, dänischer Psychologe und Psychotherapeut)

» Die Menschheit zur Freiheit bringen, das heißt, sie zum Miteinander reden bringen. «

(Karl Jaspers, deutscher Philosoph)

#### Übung 9.4

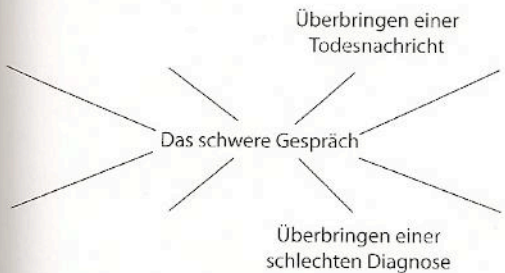
1. Was könnten die Zitate in Bezug auf das Thema »ärztliche Gesprächsführung« und speziell in Bezug auf das Thema »das schwere Gespräch« bedeuten? Überlegen Sie und tauschen Sie sich aus. Verwenden Sie dazu – falls möglich – ■ Tab. 9.2. Zur Überprüfung Ihrer Ergebnisse können Sie im Lösungsteil (► Anhang C) nachlesen.

#### Übung 9.5

1. Was bedeutet der Begriff »das schwere Gespräch«? Welche (Kommunikations-) Situationen im ärztlichen Berufsalltag könnten damit gemeint sein? Sammeln Sie Ihre Ideen und Gedanken in Form eines Assoziogramms (■ Abb. 9.1).
2. Vergleichen Sie Ihre Überlegungen mit der folgenden Definition des »schweren Gesprächs« nach Bucka-Lassen. Sind Sie mit der Definition einverstanden, oder würden Sie sie ergänzen oder erweitern? Diskutieren Sie.

■ Tab. 9.2 Anwendung der Zitate (Lösungen ► Anhang C)

Zitat	Allgemeine Bedeutung	Bedeutung in Bezug auf die ärztliche Gesprächsführung bzw. das schwere Gespräch
»Mache die Dinge so einfach wie möglich – aber nicht einfacher.« (Albert Einstein)	Vereinfachung ist gut im Sinne von Ent-Dramatisierung/Entwirrung, aber nicht im Sinne von oberflächlicher Reduzierung	Die möglichen Komplikationen/Konsequenzen eines therapeutischen Eingriffs sollten im ärztlichen Gespräch nicht zu kompliziert dargestellt, aber auch nicht bagatellisiert werden.
»Was du tust, schreit so laut, dass ich nicht hören kann, was du sagst.« (Afrikanisches Sprichwort)		
»Dass man, wenn es in Wahrheit gelingen soll, einen Menschen zu einem bestimmten Ort zu führen ...« (Sören Kierkegaard)		
»Das Furchtbarste so sagen, dass es nicht mehr furchtbar ist, dass es Hoffnung gibt, weil es gesagt ist.« (Elias Canetti)		
»Wenn Du sprichst, soll dein Reden besser sein als dein Schweigen.« (Arabisches Sprichwort)		
»Auch wenn das Thema kompliziert ist ...« (Bent Falk, dänischer Psychologe und Psychotherapeut)		
»Die Menschheit zur Freiheit bringen, das heißt, sie zum Miteinander reden bringen.« (Karl Jaspers)		



■ Abb. 9.1 Assoziogramm »Das schwere Gespräch«



» Das Gespräch, bei dem der Arzt bewusst einem Patienten die Botschaft einer existenziellen, unheilbaren Krankheit mit einer wahrscheinlich infausten Prognose vermittelt. «

(Bucka-Lassen E. *Das schwere Gespräch. Einschneidende Diagnosen menschlich vermitteln*. Deutscher Ärzte-Verlag Köln; 2005, S. 60)

## 9.2.1 Beispielformulierungen

Spezialisten für ärztliche Gesprächsführung und »das schwere Gespräch« vermeiden es i. Allg., den Lernenden »fertige« Formulierungen an die Hand zu geben, da der Umgang mit solchen Redemitteln dem Anspruch an ein individuelles, aktiv zuhörendes und empathisch geführtes Gespräch zuwiderlaufen könnte.

Für internationale Ärzte in Deutschland kann es jedoch von großer Hilfe sein, eine Sammlung von möglichen Redemitteln zur Verfügung stehen zu haben, an der sie sich orientieren können. Deshalb widmen wir uns im Folgenden der Erstellung einer solchen Sammlung.

### Übung 9.6



9.3

1. Welche Formulierungen könnten Sie in einem »schweren Gespräch« mit einem Patienten verwenden? Ergänzen Sie die Formulierungen in Tab. 9.3–10.6 und versehen Sie die Formulierungen, die Ihnen besonders wichtig, kompliziert usw. erscheinen, mit einem individuellen Kommentar, wenn Sie möchten.

Tab. 9.3 Verkünden der Diagnose

Formulierung	Kommentar
Wir haben jetzt ca. 15 Minuten Zeit. Ich werde Ihnen zunächst Ihren Befund erklären und anschließend alle Ihre Fragen beantworten. Wenn die Zeit nicht reicht, können wir noch einen zweiten Termin vereinbaren.	Zeitangaben sind wichtig für die Orientierung des Patienten. Eine klare Struktur vorzugeben vermittelt das Gefühl von Orientierung und Sicherheit.
Ich möchte Ihnen nun den Befund erklären und das weitere Vorgehen mit Ihnen besprechen.	...
Zunächst möchte ich Sie fragen, was Sie denken, woran Sie leiden bzw. welche Krankheit Sie haben.	
Was wissen Sie bis jetzt über Ihre Krankheit bzw. Ihre Beschwerden?	
Unser Befund hat leider ergeben, dass Sie an ... leiden.	



■ Tab. 9.3 Fortsetzung

Formulierung	Kommentar
Ihre Diagnose ist leider sehr ernst. Sie leiden an ... Sie haben einen ...-Tumor.	

■ Tab. 9.4 Empathisches Zuhören

Formulierung	Kommentar
Ich sehe, Sie sind von dem Befund geschockt.	
Ich merke, dass Sie sehr aufgewühlt sind.	
Sie wirken auf mich jetzt sehr verunsichert.	
Ich nehme wahr, dass Sie meine Worte erst einmal verarbeiten müssen.	
Brauchen Sie einen Moment Ruhe, um meine Worte zu verarbeiten?	
Ich sehe, dass Sie Zeit brauchen, um meine Worte zu verarbeiten und über das weitere Vorgehen zu entscheiden.	
Wie geht es Ihnen jetzt mit dem, was ich gesagt habe?	
Wie fühlen Sie sich jetzt?	
Möchten Sie etwas dazu sagen?	



■ Tab. 9.4 Fortsetzung

Formulierung	Kommentar
Möchten Sie noch mehr über den Befund wissen?	
Ich weiß, das ist jetzt eine schwierige Situation für Sie.	
Das ist eine schwere Zeit für Sie.	

■ Tab. 9.5 Das weitere Vorgehen klären

Formulierung	Kommentar
Wenn Sie möchten, kann ich Ihnen nun das weitere notwendige Vorgehen erklären.	
Wenn Sie merken, dass es Ihnen zu viel wird, dann sagen Sie es mir bitte, und wir führen das Gespräch zu einem anderen Zeitpunkt weiter.	
Es gibt verschiedene Behandlungsansätze, die denkbar sind. Wenn Sie möchten, informiere ich Sie darüber, und wir entscheiden anschließend gemeinsam, was für Sie das Beste ist.	

**Tab. 9.6** Das Gespräch schließen, sich verabschieden

Formulierung	Kommentar
Wir haben heute ausführlich über ... gesprochen.	
Wir haben heute vereinbart, ...	
Gibt es noch Fragen, die wir vergessen haben bzw. die wir noch nicht besprochen haben?	
Ich schlage Ihnen vor, dass Sie zu unserem nächsten Termin auch Ihre Frau (Ihren Mann, Ihren Sohn) mitbringen.	

## 9.2.2 Fallbeispiele

- Im Folgenden sind drei Fallbeispiele für »ein schweres Gespräch« genannt. Arbeiten Sie in 3er-Gruppen. Wählen Sie jeweils ein Fallbeispiel aus und verteilen Sie die Rolle des Arztes, des Patienten und des externen Zuhörers (Feedback-Gebers) untereinander. Spielen Sie die Gespräche und diskutieren Sie anschließend zu dritt das Ergebnis. Beachten Sie dabei folgende Aspekte:

### Übung 9.7: Fallbeispiele

#### Im Allgemeinen:

- Wie haben Sie sich als Arzt/Patient/externer Zuhörer gefühlt? Entspannt, aufgeregt, unangenehm berührt, ängstlich usw.?
- Was hat Ihnen an dem Gespräch gut gefallen, was weniger?
- Was würden Sie bei einem nächsten Gespräch anders machen?

#### Patient:

- Haben Sie die Aussagen und Erklärungen des Arztes verstanden?
- Hat der Arzt sich angemessen klar und einfach ausgedrückt?
- Hatten Sie das Gefühl, dass der Arzt adäquat auf Sie eingeht und Ihnen aktiv und flexibel zuhört?
- Hatten Sie den Eindruck, dass es im Gespräch Raum und Zeit für Ihre Gefühle, Ängste, Zweifel usw. gab?
- Hatten Sie das Gefühl, dass Ihre Gefühle respektiert und Ihre Meinung akzeptiert wurden?



- f. Konnten Sie alle Fragen stellen, die Sie stellen wollten?
- g. Hat der Arzt alle Fragen angemessen beantwortet, die Sie gestellt haben?

— **Arzt:**

- a. Haben Sie die Aussagen und Fragen des Patienten verstanden?
  - b. Hatten Sie den Eindruck, dass der Patient Sie versteht?
  - c. Haben Sie dem Patienten alle wichtigen Informationen übermittelt, die Sie ihm übermitteln wollten?
  - d. Hatten Sie den Eindruck, dass der Patient sich in dem Gespräch mit Ihnen »aufgehoben« fühlen konnte?
  - e. Hatten Sie das Gefühl, dass Sie dem Patienten durch das Gespräch helfen konnten?
2. Tauschen Sie die Rollen und wiederholen Sie das Rollenspiel oder wählen Sie ein weiteres Fallbeispiel.

### Fallbeispiel 1 – Pädiatrie

Ein Elternpaar, sie 40 Jahre alt, er 38 Jahre, hat vor 3 Wochen ihr lang ersehntes erstes Kind, einen Sohn namens Jakob, zur Welt gebracht. Nach der ersten Untersuchung des Kindes (U1) kam die Verdachtsdiagnose »Down-Syndrom« auf. Nachdem per Ultraschall schwerwiegende Organfehlbildungen ausgeschlossen wurden, wurde den Eltern die Verdachtsdiagnose mitgeteilt und eine Chromosomenanalyse empfohlen. Das Ergebnis liegt dem Arzt nun vor. Die Eltern kommen zum Aufklärungsgespräch. Der Arzt wird ihnen die Diagnose mitteilen und das weitere Vorgehen (erneute Herzdiagnostik, Sinnesdiagnostik, Physiotherapie) mit ihnen besprechen.

#### Informationen zum Down-Syndrom

- Inzidenz: 1 von 700 Lebendgeborenen
- Häufigste Ursache (90%): »non-disjunction« in der Meiose (Risiko steigt mit dem Alter der Mutter) – freie Trisomie 21
- Wiederholungsrisiko für das nächste Kind: ca. 1–2%
- Klinik:
  - nach lateral ansteigende Lidachsen, Epikanthus, Makroglossie, muskuläre Hypotonie
  - vermehrtes Auftreten von operationsbedürftigen Herzfehlern, Infektanfälligkeit, Leukämie und M. Alzheimer
  - geistige Behinderung mit großer Variabilität
- Lernfähigkeit und Integration durch gezielte Förderung (Physiotherapie, Sprachtherapie, integrative Einrichtungen) möglich
- Verzögerte Entwicklung, z. B. von Sprache, aber die allermeisten Betroffenen lernen gut sprechen
- Lebenserwartung: 5–10% sterben im 1. Lebensjahr, 80% erreichen das 30. Lebensjahr
- Kinder mit Trisomie 21 sind meistens fröhliche Kinder

### Fallbeispiel 2 – Dermatologie

Ein 30-jähriger Chemiker, verheiratet, 2 Kinder, wurde letzte Woche aufgrund eines 3×4 cm großen »Muttermals« im Bereich des rechten Schulterblattes vom Hausarzt in die Dermatologie überwiesen. Es besteht die Verdachtsdiagnose »malignes Melanom«.

Noch am Aufnahmetag wurde der Tumor mit einem Sicherheitsabstand von 3 cm in Vollnarkose exziiert. Die histologische Untersuchung bestätigte den Verdacht eines oberflächlich spreitenden Melanoms (SSM). Die Eindringtiefe betrug 4,5 mm (T4: sehr tief, schon im Fettgewebe).

Beim anschließenden Staging (klinische Untersuchung, Röntgen, Ultraschall, Computertomographie sowie Lymphknotenbiopsie und Bronchoskopie) fanden sich Metastasen im Bereich beider Lungenhili sowie in den axillären Lymphknoten rechts.

#### Informationen zum Melanom

- Behandlungsmöglichkeiten
  - Individuell palliativ unter Berücksichtigung von Symptomatik und Lebensqualität
  - Chemotherapie als Monotherapie (Ansprechrate 20%) oder Polychemotherapie (Ansprechrate höher, Toxizität auch)
  - Immuntherapie (monoklonale Antikörper, Zytokine)
  - Schmerz- und supportive Therapie
- Prognose: Bei dieser Befundkonstellation und der Tumorage am Rumpf beträgt die 10-Jahres-Überlebensrate etwa 3%

Der Patient weiß um die Diagnose des malignen Melanoms und kommt nun nach 5 Tagen zu einem neuen Termin in die Klinik, um die Befunde des Stagings sowie das weitere Procedere zu besprechen.

### Fallbeispiel 3 – Chirurgie

Im Schockraum eines Unfallkrankenhauses wurde dem Chirurgen vor 3 Stunden vom Notarzt eine 43-jährige Motorradfahrerin übergeben. Neben einem Schädel-Hirn-Trauma und multiplen Frakturen wurde eine Blutung im Bauchraum sonographisch diagnostiziert. Die Patientin wurde daraufhin sofort laparotomiert. Aufgrund eines Aortenabrisses war die massive Blutung nicht zu stillen. Die Patientin verstarb noch im OP.

Der Partner ist von der Rettungsstelle einbestellt worden und sitzt allein im Raum. Der Chirurg muss nun mit ihm sprechen.



## Interkulturelle Kommunikation

### 10.1 Einleitung – 114

10.1.1 Kommunikation im Allgemeinen – 114

10.1.2 Der interkulturelle Aspekt – 115

### 10.2 Interkulturelle Kommunikation in der Medizin – 118



## 10.1 Einleitung

### 10.1.1 Kommunikation im Allgemeinen

#### Übung 10.1

Zwei Freunde sitzen zusammen im Auto und nähern sich einer Ampel. Der Beifahrer sagt zu dem Fahrenden: »Du, da vorne ist grün.«

1. Was drückt er Ihrer Meinung nach aus? Was ist seine Botschaft für den Beifahrer?
  2. Warum sagt er diesen Satz? usw.
- Überlegen und diskutieren Sie!

#### Kommunikationsmodell nach Schulz von Thun

Nach einem bekannten Kommunikationsmodell von Friedemann Schulz von Thun besteht eine Nachricht immer aus 4 Aspekten (Abb. 10.1):

- a. dem Sachaspekt,
- b. dem Beziehungsaspekt,
- c. dem Selbstoffenbarungsaspekt,
- d. dem Appellaspekt.

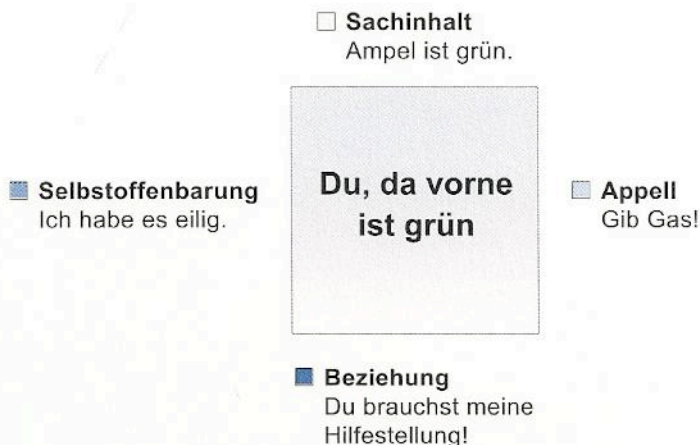
#### Übung 10.2

1. Was könnten die 4 Aspekte bedeuten? Und wie könnten sie in Bezug auf das in Abb. 10.1 genannte Beispiel aussehen? Stellen Sie Hypothesen auf und vergleichen Sie diese untereinander.


Abb. 10.1 Die 4 Seiten (Aspekte) einer Nachricht – ein psychologisches Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation



Abb. 10.2 Das Botschaftsgeflecht einer Nachricht, wie es unter der kommunikationspsychologischen Lupe sichtbar wird





2. Vergleichen Sie Ihre Ergebnisse nun mit den Thesen Schulz von Thuns, die er in  Abb. 10.2 darstellt. Gibt es Ähnlichkeiten und/oder Unterschiede? Welche? Wie finden Sie Schulz von Thuns Thesen?

## 10.1.2 Der interkulturelle Aspekt

1. Was stellen Sie sich unter dem Begriff »interkulturelle Kommunikation« vor?
2. Überlegen Sie sich verschiedene Kommunikationssituationen und beachten Sie dabei die in  Tab. 10.1 aufgeführten Aspekte.

### Übung 10.3

1. Wie Sie gerade erarbeitet haben, kann es in der Kommunikation zwischen zwei Menschen, die aus verschiedenen Kulturen kommen, zu mehr und evtl. auch tiefer gehenden Missverständnissen kommen als in der Kommunikation zwischen Menschen, die eine Muttersprache sprechen und die aus der gleichen Kultur kommen. Lesen Sie die folgenden zwei Gesprächssituationen aus dem Bereich »interkulturelle Kommunikation« und benennen Sie das jeweilige Kommunikationsproblem.
2. Greifen Sie dabei auch auf das Schulz von Thun'sche Kommunikationsquadrat und die von ihm postulierten 4 Aspekte einer Nachricht zurück. Überlegen Sie zu jeder Episode: Was möchte der Sender sagen? Was versteht der Empfänger?

### Übung 10.4

#### ■ ■ Situation A: Ein Chinese und eine Deutsche

Ein Chinese besucht eine deutsche Freundin. Sie fragt ihn, ob er eine Tasse Tee trinken wolle. Er antwortet: »Nein, danke!« Also macht sie ihm keinen Tee. Nach kurzer Zeit fragt sie ihn noch einmal, ob er nicht doch einen Tee wolle, weil sie ihren chinesischen Freund schon

 Tab. 10.1 Interkulturelle Kommunikationsprobleme

Gesprächssituation	Gesprächsteilnehmer (Geschlecht, Alter, Herkunft)	Thema	Potenzielle Äußerung	Potenzielles Kommunikationsproblem
Geburtstagsfeier	Frau aus Deutschland, Geburtstagskind, ca. 35 Jahre alt; Mann aus China, Gast, ca. 50 Jahre alt	Aussehen der Frau	Der Chinese sagt zur Deutschen: »Du hast aber zugenommen!«	Jemandem zu sagen, dass er zugenommen habe, ist in China tendenziell ein Kompliment, in Deutschland aber eher eine Beleidigung.

kennt und weiß, dass er kein »direkter Typ« ist. Dieses Mal antwortet der Chineser: »Ja, gern!« Die Deutsche schaut den Chinesen verwirrt an und beschwert sich, dass sie seine Wünsche immer erraten müsse. Sie verstehe nicht, warum er nicht einfach direkt sagen könne, was er wolle.

#### ■ ■ Situation B: Ein Japaner und ein Deutscher

Ein Japaner und ein Deutscher sind Nachbarn in einem Haus. Der Deutsche übt häufig Klavier. Dadurch fühlt sich der Japaner zuweilen gestört. Als ihm sein deutscher Nachbar im Treppenhaus begegnet, begrüßt der Japaner ihn und äußert dabei: »Sie üben fleißig.« Daraufhin entgegnet der Deutsche: »Ja, ich nehme jetzt sogar Klavierstunden bei einem Musiklehrer.«

#### ■ ■ Der Autor

Prof. Dr. Friedemann Schulz von Thun, geb. 1944, ist Hochschullehrer am Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg mit dem Schwerpunkt Beratung und Training. Seine Trilogie »Miteinander reden 1–3« hat sich zum Standardwerk in Schule und Beruf entwickelt.

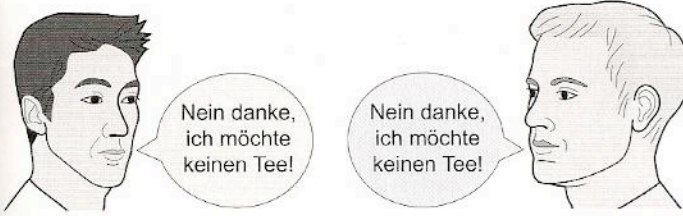
#### Übung 10.4 (Fortsetzung)

3. Vergleichen Sie Ihre Überlegungen nun mit den Skizzen in ■ Abb. 10.3 und ■ Abb. 10.4 mit jeweils zwei Kommunikationsquadranten zu Sender und Empfänger, die Schulz von Thun zu den Episoden entworfen hat. Vergleichen Sie Ihre Überlegungen. Diskutieren Sie über Unterschiede und Ähnlichkeiten.

#### Übung 10.5

1. Haben Sie selbst schon einmal Probleme in der Kommunikation mit Menschen anderer Herkunft gehabt, die Ihrer Meinung nach v. a. auf Ihre verschiedene Herkunft oder die unterschiedliche Kultur zurückzuführen waren? Überlegen Sie und machen Sie sich Stichpunkte.
2. Vergleichen Sie Ihre unterschiedlichen Erfahrungen in der Gruppe.





■ Abb. 10.3 Vier chinesische Schnäbel und vier deutsche Ohren – ein interkultureller Kommunikationsprozess im Licht des Kommunikationsquadrats

□ **Sachaussage**

Nein, danke, das ist viel zu umständlich für dich!

□ **Sachaussage**

Es ist kein Tee erwünscht.

■ **Appell**

Du bist die Gastgeberin, du solltest es entscheiden! Wenn du mir einen Tee gern anbietest, koche mir einfach einen, statt mich weiter zu fragen.

■ **Appell**

Bemüh dich nicht weiter!

■ **Selbstkundgabe**

Einen Tee zu kochen ist viel Arbeit, es macht mich unruhig, weil du belästigt wirst. Ich bin sehr dankbar dafür, dass du mir Tee anbietest. Ich bin ein höflicher Mensch.

■ **Selbstkundgabe**

Ich möchte keinen Tee. Ich trinke nicht gern Tee. Ich habe keinen Durst.

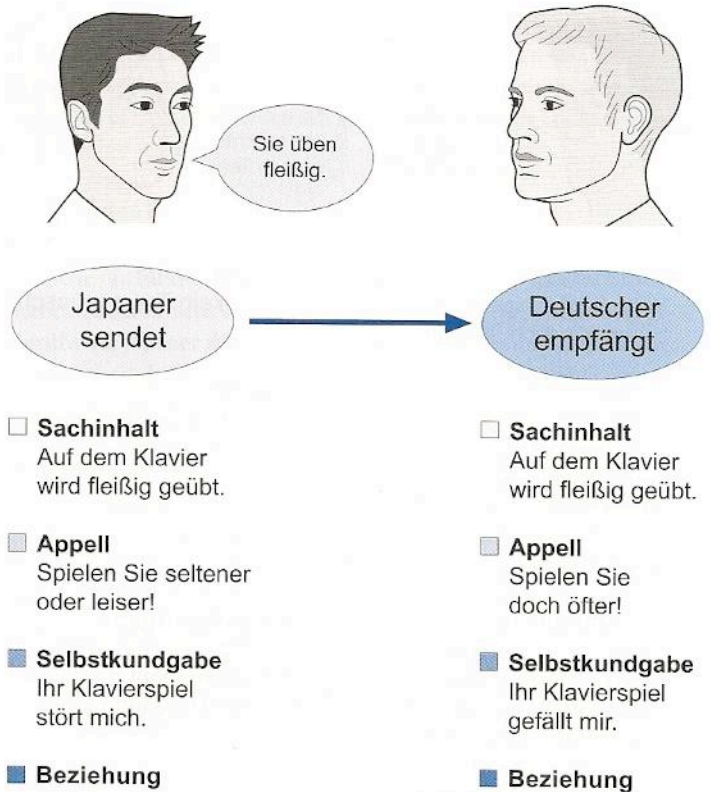
■ **Beziehungsbotschaft**

Es ist sehr lieb von dir, dass du mir Tee anbietest. Aber als Gast darf ich dich nicht mit vielen Arbeiten belasten.

■ **Beziehungsbotschaft**

Danke für das Angebot, aber ich möchte keinen Tee.

■ Abb. 10.4 Bitte oder Wunsch in der japanisch-deutschen Kommunikation



## 10.2 Interkulturelle Kommunikation in der Medizin

### Übung 10.6

1. Wann haben Sie in Ihrem ärztlichen Berufsalltag mit »interkultureller Kommunikation« zu tun? Tauschen Sie sich in der Gruppe aus und beachten Sie die in ■ Tab. 10.2 genannten Aspekte.

### Übung 10.7

1. Lesen Sie nun den Auszug aus dem Text *Die Wunderpille ist Zuhören. Bemerkungen über Erkrankungen in der Fremde* des syrischen Autors Rafik Schami und markieren Sie die Stellen, an denen konkrete Kommunikationsprobleme in deutschen Krankenhäusern mit internationalen Patienten beschrieben werden.
2. Was war in den verschiedenen Fällen das Problem? Ergänzen Sie dazu, wenn Sie möchten, ■ Tab. 10.3. Die Auflösung finden Sie im Lösungsteil am Ende des Buches (► Anhang C).



Tab. 10.2 Interkulturelle Kommunikationsprobleme in der Medizin

Gesprächssituation	Gesprächsteilnehmer	Thema	Potenzielle Kommunikationsproblematik
Anamnese	deutscher Arzt + arabische Patientin	Sexualanamnese	Da in anderen Kulturkreisen das Thema Sexualität stärker tabuisiert ist als in Deutschland, kann es dazu kommen, dass eine Frau, die z. B. aus dem arabischen Raum kommt, einem Arzt gegenüber keine oder zumindest nicht ausreichende Angaben in Bezug auf sexualanamnestische Fragen macht.

Tab. 10.3 Erkrankungen in der Fremde (Lösung in ► Anhang C)

Wer? Woher?	Probleme des Patienten im Krankenhaus und Ursachen
Kurde aus der Türkei	Der behandelnde Arzt schwärmt von der Türkei und den Türken; dieses Verhalten macht dem Kurden Angst. Er hat das Gefühl, dass der Arzt sein Feind ist. Sein Genesungsprozess ist damit gefährdet.
Frau aus Libyen	...

» Stellen Sie sich einen kurdischen Patienten vor. Der Arzt entnimmt den Unterlagen die knappe Information, dass der Mann aus der Türkei stammt, und nun will der Herr Heiler die Atmosphäre entspannen, er schwärmt also von seinem letzten Türkeiurlaub und der Großzügigkeit der Türken Fremden gegenüber. Können Sie sich die Magenkrämpfe des Patienten vorstellen? Eine krank machende Arbeits- und Wohn-



welt – und alldem wird nun die Krone aufgesetzt: Der Arzt wird ihm zum Feind.

Ich habe Ihnen bereits erzählt, dass ich als Student manchmal mein Geld als Simultanübersetzer verdiente. Meine Auftraggeber gehörten deutschen Firmen an, die mich baten, ihre hohen Gäste zu begleiten und bei den Verhandlungen zu dolmetschen. Diese hohen Gäste, nicht selten Kriminelle im Anzug des Staatsbeamten, waren im Auftrag irgendeiner arabischen Regierung nach Deutschland gekommen, um Maschinen und Autos für große Summen zu kaufen, und sie interessierten sich ausschließlich für die Prozente, die sie kassierten. Von der Qualität der Ware und ihrer Eignung für ein arabisches Land hatten diese Halunken keine Ahnung. Das bekamen die deutschen Manager spätestens nach fünf Minuten heraus. Sie verkauften den Arabern deshalb den letzten Schrott, und das zu hohen Provisionen, die am Ende die arabische Bevölkerung tragen musste.

Manchmal wurde ich in eine Klinik gebeten, weil eine Patientin oder ein Patient aus Arabien – in der Regel wohlhabend – sich dort nicht wohl fühlte. Das waren für mich bewegende Stunden.

Die Frau eines libyschen hohen Beamten zog sich durch einen Autounfall in Libyen komplizierte Knochenbrüche zu. Sie wurde nach Deutschland geflogen und in ein orthopädisches Krankenhaus gebracht. Dort weigerte sie sich zu essen und schrie, sobald der Krankenpfleger der Station ihr Zimmer betrat. Die Lage spitzte sich innerhalb weniger Tage so dramatisch zu, dass die Ärzte schnell handeln mussten. Eine Bekannte von mir, eine junge Ärztin, bat mich um Hilfe. Die Patientin sprach nur Arabisch. Warum sich weder ihr Mann noch ihre Familie, noch der Botschafter von Libyen um sie kümmerte, habe ich nur in Bruchstücken von der ängstlichen Frau erfahren. Angeblich war ihr Mann nach dem Unfall in Ungnade gefallen. Man hatte die Frau aus humanitären Gründen nach Europa geschickt und trug die hohen Kosten, aber niemand aus der Botschaft wollte offiziell zu ihr stehen.

Die Frau war gekränkt und sprach zudem ein fast unverständliches Arabisch. Erst nach einer Stunde fand ich heraus, dass sie sehr religiös war und das Essen nicht nur verweigerte, wenn Schweinefleisch serviert wurde, sondern auch bei anderen Speisen, weil ihr Geschirr und ihr Besteck früher schon einmal in Berührung mit Schweinefleisch gekommen waren. Auch Hühnerfleisch wollte sie nicht essen. Sie befürchtete, die Hühner seien mit einem Pulver aus Schweinekadavern gefüttert worden. Ich musste mich zusammennehmen, um nicht über die Phantasie der Frau zu lachen. Man schrieb das Jahr 1975, und noch wusste keiner von den Schweinereien der Tierzüchter.

Als ich die behandelnden Ärzte auf dieses Problem ansprach, schüttelten sie den Kopf und bedauerten die Frau. Sie hatten so etwas bis dahin noch nicht erlebt und waren deshalb auch nicht bereit, es jetzt zu erleben. Erst nach einem langen Gespräch fanden wir, die Frau und ich, einen Kompromiss: Ich kaufte für sie einen eigenen Satz Geschirr und Besteck, und all das wurde separat gespült, sodass es nie auch nur mit Spuren von Schweinefleisch in Berührung kommen konnte.



Es blieb ein zweites Problem. Warum weinte die Frau jedes Mal, sobald ein gewisser Pfleger ihr beim Waschen helfen wollte? Nicht sein Charakter war das Problem, sondern sein Geschlecht. Die Frau wollte nicht, dass ein Mann sie zur täglichen Körperpflege berührt. Auch hier fanden wir einen Kompromiss: Der Pfleger kam nur noch in Begleitung einer Krankenschwester und fasste die Frau nur noch an den Armen, am Kopf und am Hals an.

Von nun an ging es.

Ich schaute in den nächsten Wochen zur Sicherheit immer wieder einmal nach der Frau, sie war sehr zufrieden. Das Ärzte- und Pflegeteam auch.

Mich hat damals die Unkenntnis des Pflegepersonals im Hinblick auf den Islam, dessen Angehörige das Krankenhaus beherbergt, erstaunt. Hier wäre ein muslimischer Arzt von großem Nutzen, der neben seiner Arbeit als Mediziner auch Übersetzungen zwischen Patient und Klinikpersonal übernimmt und vor allem eine Stunde pro Woche oder Monat das medizinische und pflegerische Personal über die Geheimnisse und Rituale des Islam aufklärt.

Ein Iraker machte große Probleme in einem anderen Krankenhaus. Er wollte nicht einsehen, warum seine Verwandten aus Hamburg, die bis nach Stuttgart gereist waren, nicht bei ihm bleiben durften, nicht mit ihm essen, sich laut etwas erzählen, singen und weinen durften. Vor allem seiner Schwester schrieb er eine magische Rolle in seiner Heilung zu. »Ihre Anwesenheit vertreibt Neid und Krankheit. Sie wollte bei mir auf dem Boden neben meinem Bett übernachten, aber die Ärzte erlauben das nicht«, sagte er mir verzweifelt. Die Schwester war bereit, ihre Familie in Berlin, Mann und drei Kinder, allein zu lassen, um bei dem kranken Bruder zu bleiben. Auch sie glaubte an die heilende Wirkung ihrer Hände. »Sie entziehen ihm den Schmerz«, sagte sie mit voller Überzeugung.

Im Süden wird der Mensch berührt. Die Hände sind keine Werkzeuge zur Versorgung des eigenen Körpers, sondern Antennen und Brücken zum anderen. Sie senden und empfangen.

Die Krankheit ist in Nordeuropa eine intime, im Süden eine gesellschaftliche und familiäre Angelegenheit. Für Europäer entsteht die Krankheit im Körper, für Südländer kommt sie von außen und überfällt Körper und Seele.

Ein Palästinenser wurde nach seiner Einlieferung sehr aggressiv und weigerte sich, mit irgendjemandem zu sprechen. Als ich ihn besuchte, wollte er auch mit mir nicht reden. Erst nach und nach konnte ich durch seine Angstschleier schauen. Er glaubte wirklich, man wolle ihn hier fertig machen. Er war drei Jahre im bewaffneten Kampf gewesen und dann nach Deutschland geflohen, wo ihm zu seinem Glück Asyl gewährt wurde und er erfolgreich im eigenen Restaurant arbeitete. Er litt an einem Magengeschwür.

Man hatte im Krankenhaus schon alles versucht, doch eine Operation wurde unvermeidlich. Der Palästinenser hatte fürchterliche Angst und

wollte das Krankenhaus verlassen, wagte aber nicht, es dem Arzt zu sagen. Und warum?

Der Arzt sei ein Israelfreund, gab er mir zu verstehen. Das wisse er. Der Arzt jedoch, ein katholischer und unpolitischer Mann, hatte den Patienten nur gefragt, woher er käme, und daraufhin von seinem Urlaub in Israel geschwärmt und davon, was für ein Paradies die Israelis doch aus diesem Wüstenland gemacht hätten!

Auch in diesem Fall war Verständigung nach Aufklärung möglich, und nach eingehenden Gesprächen über die Notwendigkeit des chirurgischen Eingriffs vertraute der Patient dem Arzt. Gott sei Dank gelang die Operation, und der Patient wurde geheilt.

Das sind nur drei Fälle. Ich will in meinem Beitrag auch nicht weiter auf andere Missverständnisse eingehen, die vom Mangel an ethnomedizinischen Kenntnissen der Mediziner und des Pflegepersonals herrühren. So haben etwa Ärzte verzweifelt versucht, bei einem vietnamesischen Neugeborenen durch Bestrahlung mit Weißlicht die Bilirubinwerte abzusenken, damit sie denen eines deutschen Babys entsprechen. Erst von einem Experten aus Südostasien mussten die Ärzte lernen, dass Asiaten eine andere Toleranzgrenze für Bilirubin haben und nie so weiß werden wie Europäer.

Nein, ich möchte mich auf Probleme beschränken, die durch eine Kommunikationsstörung verursacht werden.

**Entscheidendes Mittel der Kommunikation ist die Sprache.**

Nun ist Sprache ein merkwürdiges Gebilde. Die Wörter bedeuten mehrere Dinge zugleich. Ich meine damit nicht Homonyme wie die Wörter Bank und Bank, sondern die dem Wort zukommende Bedeutung, die vom Ton des Sprechers geprägt wird. Ich rede von der Metapher, die er gebraucht, und von den anderen kulturellen Zusätzen, die das Wort trägt und die man nur durch genaues Zuhören entschlüsseln kann. Auch die Herkunft des Sprechers beeinflusst die Bedeutung des Wortes. Ein so in seiner Ganzheit verstandenes Wort erscheint wie eine Pflanze mit Wurzeln, Stamm, Zweigen, Blättern, Blüten und Früchten. Eine lineare Schmalspurübersetzung stellt hingegen Schnittblumen dar. Sie sind lebensunfähig. Deshalb führen ungenügend verstandene oder schlecht übersetzte Gespräche zu Missverständnissen.

Bei den Einheimischen wirkt Sprache in der Regel wie eine Brücke zwischen Ärzten und Pflegepersonal auf der einen und Patientinnen und Patienten auf der anderen Seite. Nur in Ausnahmefällen ist sie eine Mauer. Bei der interkulturellen Kommunikation ist es umgekehrt. Fieber beispielsweise gilt in der südlichen Sphäre als selbständige Krankheit: die Fieberkrankheit. Oft entgeht das den nordeuropäischen Ärzten. Sie suchen nach der Ursache der Erkrankung, behandeln aber nicht das Fieber. Und Sie können sicher sein, dass ein südländischer Patient seinem Arzt jeden Respekt verweigert, wenn dieser das Fieber außer Acht lässt.

Nehmen wir einmal an, die Lage, in der sich ein Patient befindet, sei ein Puzzle, dessen Bestandteile Wörter sind. Die Helferinnen und Helfer fü-



gen mit Geduld und etwas Glück alles zu einem Bild zusammen und verstehen die einheimischen Patientinnen und Patienten. Bei Fremden hingegen bleibt am Ende ein Haufen ungenützter Puzzleteile übrig und eine große weiße Fläche. Die Helferinnen und Helfer müssten Prophetinnen und Propheten sein, um in dieser Fläche die fehlenden Teile des Bildes richtig sehen zu können. Da sie aber in der Regel Normalsterbliche sind, tapen sie im Dunkeln, enttäuscht und lustlos.

Die Worte der libyschen Patientin blieben, auch nachdem sie übersetzt worden waren, den Helferinnen und Helfern unverständlich. Dem Personal war es gleichgültig, von welchem Geschirr und mit welchem Besteck man essen sollte, Hauptsache, alles war sauber. Der Patientin aber schien jede körperliche Heilung suspekt, für die sie gegen religiöse Grundsätze hätte verstoßen müssen. Für sie war Heilung erst an letzter Stelle eine Sache des Körpers.

Im Fall des Irakers stieß meine Erklärung, der Mann brauche seine Verwandten, denn er sei fest davon überzeugt, dass erst ihre Anwesenheit ihn heile, beim Klinikpersonal zunächst auf Ablehnung. Die Mauer der Ordnung stand lange einer Verständigung im Weg. Die Ruhe hat im deutschen Krankenhaus einen hohen Wert. Ihr kommt in etwa die gleiche Bedeutung zu wie Bildern der heiligen Maria in vielen Krankenhäusern des Mittelmeerraumes.

Wie Sie sehen, hat ein Dolmetscher auch mit guter Kenntnis der deutschen Sprache noch genug Probleme beim Übersetzen. Probleme, die in der Unterschiedlichkeit der Kulturen liegen.

Im Alltag spricht das Personal im Krankenhaus in der Regel die Sprache der Mehrheit. Fremde Patientinnen und Patienten beherrschen diese jedoch nur ungenügend und übersetzen ihre Empfindungen – manchmal allein, manchmal mit Hilfe von genauso unbeholfenen Kindern, Freunden oder der herangezogenen Putzfrau oder Köchin des Krankenhauses – aus der Muttersprache linear, was manchmal zur Erheiterung führt. Wenn ein Araber zu seinem Arzt sagt: »Herr Doktor, ich kann meinen Kopf vom Gartenzaun nicht unterscheiden«, ist das noch kein Fall für die Psychiatrie. Der Satz bedeutet auf Arabisch schlicht und einfach: »Ich bin verwirrt« oder »Ich bin durcheinander«. Mehr nicht.

Auch die fremden Patientinnen und Patienten verstehen ihre Helferinnen und Helfer nicht. Wie sollte da Heilung möglich sein?

Der Einheimische spricht mit dem Fremden oft in der Tarzansprache: »Du verstehen? Hier Spritze, nix viel Aua« und »Jetzt kommt Hamham«. Oder er macht die Ohren und den Verstand dicht und quittiert alle Bemühungen eines Fremden, der mit Not einen Satz formulieren konnte, mit einem herrischen »Wie bitte?«.

Ein Libanese, der wunderbar poetisch, fast akzentfrei, aber fehlerhaft sprach, beschwerte sich bei mir: »Sie verstehen mich nicht. Ich bereite einen Satz drei Stunden lang vor und bastle ihn zurecht und quäle meine Zunge mit ihren unaussprechbaren Konsonanten. Und dann sagt die Krankenschwester: ‚Wie bitte?‘ Mehr nicht.«

Ich bat ihn, mir diesen einen Satz zu wiederholen. Es war ein richtiger Satz mit falschen Adjektiven, ein typischer Fehler von Ausländern,

wenn sie zu charmant oder dramatisch wirken wollen. Sein Satz lautete in etwa folgendermaßen: »Ich habe unsensiblen Durst, können Sie mir bitte ein sympathisches Wasser bringen?«

Die Antwort darauf ist ein Glas Wasser und nicht »Wie bitte?«.

Am schmerzhaftesten ist es natürlich, dass Kranke wegen mangelndem Verständnis länger leiden müssen. Aber wenn schon das Leid fremder Patientinnen und Patienten die Entscheidungsträger und Politiker nicht bewegen kann, die Krankenhäuser an der Schwelle zum 21. Jahrhundert aus den Fängen des nationalistischen 19. Jahrhunderts zu befreien und sie zeitgemäß auszurüsten, dann sollten diese Leute doch wenigstens bedenken, dass alle Patientinnen und Patienten, die sich wohl fühlen, die besten Werbeträger für ihr Krankenhaus und ihr Land sind. Man könnte den sparsamen Politikern auch vorrechnen, was die sinnlose Verlängerung der Behandlung fremder Patienten volkswirtschaftlich bedeutet. Man könnte ihnen auch zu bedenken geben, ob es nicht längst an der Zeit wäre, eine Art interkulturelles Mobil-Team für jede Region zu installieren, das wie die Feuerwehr bei Bedarf schnell zur Stelle ist, um qualifizierte Verständigung zu ermöglichen. Das würde dem medizinischen und pflegerischen Personal ihre schwierige Arbeit enorm erleichtern und gleichzeitig zu einer ständigen Weiterbildung beitragen. Die Kosten einer solchen Maßnahme wären mit Sicherheit nicht so hoch wie die Folgekosten einer falschen Diagnose und die Ausgaben für eine langwierige, zermürende Behandlung, die durch interkulturelle Missverständnisse verursacht wurde.

Ohne die Hilfe sprachlich qualifizierter Fachleute werden wir es schwer haben, Fremde in Krankenhäusern zu heilen. Wir bilden uns ein, Weltbürger geworden zu sein, nur weil wir schon zweimal Karibik, einmal Ägypten und dreimal Südafrika gebucht haben. Und am Ende müssen wir feststellen, dass wir das A-B-C dieser Kulturen nicht verstanden haben.

Kultur ist das gesamte Gemälde eines Lebens, das sich von den Gemälden anderer Gesellschaften unterscheidet. Krankheit gehört ebenso wie ihre Ursachen zu diesem Gemälde und drückt sich von Gesellschaft zu Gesellschaft verschieden aus. Es gibt auch Krankheiten, die nur bestimmte Völker befallen. Die Mittelmeeranämie, eine Armut an roten Blutkörperchen, ist erblich und in der Regel harmlos. Angeblich ist diese hämolytische Anämie eine biologische Reaktion auf die Malaria. Die Veränderung durch sie macht das Blut resistenter gegen Malaria. Meine Erklärung aber lautet: Die Mittelmeeranämie ist der genetisch eingespeicherte Hunger der Mittelmeervölker. Ich kann das medizinisch nicht beweisen, wohl aber historisch.

Nicht nur die jeweilige Erkrankung ist ein Bestandteil vom Kulturgemälde eines Volkes, sondern auch die Gesundheit. In der Art und Weise, wie Menschen heilen, sind sie so unterschiedlich wie in ihrer Sprache. Viele Krankheiten, etwa bakteriell bedingte, vergehen in Europa schneller als in den ärmlichen Ländern. Hier weist die Schulmedizin bei ausreichender Auswahl an Medikamenten ihre besten Erfolge auf. Andere Erkrankungen wie die Schizophrenie heilen, wie eine WHO-Studie zeigt.



te, in südlicher Sphäre viel effektiver als in den hochmodernen Gesellschaften Europas.

Ob diese Gesellschaften im Süden über ein Zaubermittel verfügen, auf das die reichen Mediziner im Norden nicht zurückgreifen können? Die Antwort lautet: Ja. Die Kranken werden in südlichen Gesellschaften von ihren Verwandten, Freunden und Nachbarn weniger abgelehnt. Die Trennlinien zwischen Realität und Wahn werden in diesen Ländern weniger streng gezogen, die Anforderungen an Leistung und Ordnung sind dort nicht so hoch. Das alles und noch mehr erlaubt den Kranken eine schnellere Rückkehr in den Alltag und die Wiedereingliederung in die Gesellschaft.

In unserer perfekten Welt genügt manchmal ein Ausrutscher, und schon ist man für immer aus der Bahn geworfen. Erinnern Sie sich an den irakischen Patienten und seine Schwester? Wochenlang hatte er Probleme gemacht, bis die Leitung des Krankenhauses einlenkte und seiner Schwester erlaubte, bei ihm zu übernachten. Von da an war er ganz selig, die Heilung erfolgte in einem solchen Eiltempo, dass er bald nach Hause gehen und seine Arbeit wieder aufnehmen konnte. Hier war nicht nur die Sprache das Hindernis. Denn auch nachdem ich alles wortgetreu übersetzt hatte, verstanden die Mediziner nichts. Natürlich konnten weder der Patient noch ich den gesamten mythischen, religiösen, kulturellen Hintergrund erklären, um verständlich zu machen, wie ein Orientale seine Krankheit auffasst und warum er sie immer mithilfe seiner Nächsten am besten besiegen kann. Im naturwissenschaftlichen Studium der Medizin und in der auf Rationalität und Kostendämpfung gerichteten Ordnung der Krankenhäuser gab es zunächst keinen Platz für solch ein magisches, ganzheitliches Verständnis von Krankheit und Heilung.

Leider ist die Reaktion auf die Fremden in der Regel nicht das mutige Eingeständnis, dass man keine Ahnung von der Ursprungsgesellschaft hat, aus denen die fremden Patienten stammen, sondern eine Flucht nach vorne. Man kaschiert sein Unwissen schnell mit Überheblichkeit. Und Fragen wie »Was soll es mit den heilenden Händen? Was soll der Quatsch mit dem bösen Blick? Warum wollen die da nicht aus unserer Küche essen?« hörte ich oft, auch böse Kommentare zu kranken Fremden, die alle, aber wirklich alle, darin mündeten, die Südländer seien wehleidig und jammerten zu viel. Und ich musste zurückfragen, ob diese armen Teufel hier im Hospital liegen oder in einer Kaserne für harte Männer der Fremdenlegion. Hospital stammt sprachlich vom lateinischen *hospitlis* ab, was so viel bedeutet wie gastlich. Historisch liegt der Ursprung im kirchlichen *Xenodocium*, einem Heim für Fremde. Im Französischen hieß das Krankenhaus *Hôtel Dieu*, Haus Gottes, und im Arabischen *Mustaschfa*, Ort der Heilung. Unsere heutige Medizin beschäftigt sich hauptsächlich immer noch zu stark mit dem Befund und nicht mit dem Befinden des Patienten. Der Befund selbst zeigt aber selten den vielschichtigen Weg der Erkrankung.

Die Herkunft des fremden Patienten bestimmt sein Verständnis von Krankheit und deren Behandlung, und dieses Verständnis steht nicht

selten diametral zu der heutigen Schulmedizin, die in der Mehrheit der Krankenhäuser praktiziert wird.

Ein Ägypter erzählte mir, er habe zwar die Fragen der Oberärztin verstanden, aber er weigerte sich, ihr Antworten zu geben, die mit seiner Sexualität zusammenhingen. Eine Libanesin war entsetzt, dass man ihr »kiloweise Blut ausgesaugt« hatte. In der arabischen Volksmedizin nimmt der Arzt nie Blut ab. »Schau mich an, Bruder«, sagte die Frau entsetzt, »ich habe keine Farbe mehr, weil sie mich leer gepumpt haben. Sie müssen mir doch Blut geben, statt mir meines zu nehmen.«

Ein Libanese beschwerte sich immer wieder über das Essen. Denken Sie nicht, er war ein Feinschmecker, der etwa von seinem hohen Anspruch keinen Deut abrücken wollte. Der Mann glaubte, wie die Mehrheit der Araber, dass einem Kranken eine kräftige, schmackhafte Mahlzeit mehr hilft als alle Spritzen. Das hat historische Gründe. Die Menschen im Süden hungerten oft, und die meisten Erkrankungen wurden durch den Hunger verursacht.

Andererseits muss ich gestehen, dass das Essen in den meisten Krankenhäusern allein durch seinen Anblick krank macht. Möge man das mit dem Personal-, Zeit- und Gewürzmangel erklären, aber keiner soll versuchen mir zu erklären, dass dieses Essen, das in der Mehrheit der Krankenhäuser serviert wird, gesund macht. Also hat der Patient Recht. Hier könnten ethnomedizinische und ethnopsychiatrische Studien das Personal darin unterstützen, die Krankheitsbilder in den verschiedenen Kulturen kennen zu lernen. Hier wären die fähigsten Dolmetscher gerade gut genug, um die Worte zwischen Patientinnen und Patienten und Helferinnen und Helfern zu einer Brücke zusammenzufügen.

Name, Vorname – Blut und Urin abnehmen – ein paar Kästchen im Fragenkatalog des Computers ankreuzen – Warten Sie hier, der Herr Doktor kommt gleich. – Der Nächste bitte.

Mag dieser alltägliche Gang der Medizin oberflächlich und vorübergehend helfen, lösen kann er kein einziges Problem. Erst wenn wir fähig sind zuzuhören, werden wir mit der Würde des Verstehens belohnt. Doch die größte Belohnung werden nicht die Patienten erhalten, sondern wir. Im selben Maß, wie wir es lernen, einen Fremden zu verstehen, werden wir das Eigene verstehen und zu uns finden.

Die Heilung eines Patienten hängt nicht nur von der richtigen Diagnose ab. Die Heilung hängt in noch viel größerem Maße vom täglichen Umgang mit dem Patienten ab. Und hierbei spielt das Pflegepersonal eine entscheidende Rolle. Hier gibt es die größten Berührungsflächen, und hier braucht es den meisten Mut. Mut zum Ruf nach einem adäquaten Dolmetscher, Mut zum Zuhören und vor allem Mut zum Verstehen. Ich bin mir sicher: Nichts auf der Welt hilft besser, einen ausländischen Patienten zu heilen, als das Zuhören.

Und wenn Sie zuhören, werden Sie eine reiche Welt kennen lernen und vielleicht sich selbst und uns allen helfen, unsere kalt gewordene Medizin zu ihren Wurzeln zurückzuführen, zu der Medizin, die einst eine Tochter der Weisheit war.



Aus: Rafik Schami, Damaskus im Herzen und Deutschland im Blick. Beobachtungen eines syrischen Deutschen. © 2006 Carl Hanser Verlag, München

### Übung 10.8

1. Wie verstehen Sie den fett gesetzten Textauszug? Was drückt der Autor hier aus? Inwieweit könnten seine Überlegungen für den Prozess der »interkulturellen Kommunikation« von Bedeutung sein? Überlegen und diskutieren Sie in der Gruppe.
2. Der Autor spricht in dem Textauszug von den unterschiedlichen Konzepten, die in verschiedenen Sprachen und Kulturen mit unterschiedlichen Begriffen verbunden werden. So werden mit den Begriffen »Gesundheit«, »Krankheit«, »Körper«, »Genesung«, »Glück« usw. je nach Herkunft und Kultur (und natürlich nach Geschlecht, Alter, sozialer Zugehörigkeit, dem jeweiligen Individuum usw. – viele Faktoren spielen hier eine Rolle!) unterschiedliche Konzepte verbunden. Überlegen Sie sich, welche Konzepte in Ihrer Heimat mit den oben genannten Begriffen verbunden werden. Überlegen Sie auch, welche Ideen, Vorstellungen, Gefühle, Assoziationen usw. Sie persönlich mit den unterschiedlichen Begriffen verbinden. Vergleichen Sie Ihre Gedanken in der Gruppe. Wo gibt es Parallelen, wo Unterschiede? Welcher Art?
  - a. Körper
  - b. Gesundheit
  - c. Krankheit
  - d. Genesung
  - e. Familie
  - f. Glück
  - g. Seele
  - h. Psyche
  - i. Ernährung/Essen
3. Im kursiv gesetzten Teil schildert Schami zwei interkulturelle Kommunikationssituationen, in denen die Kommunikation selbst mit Hilfe eines Übersetzers scheitern könnte, sollten die unterschiedlichen (Sprach-) Konzepte verschiedener Kulturen nicht berücksichtigt werden. Nennen Sie die Situationen und erklären Sie sie. Erinnern Sie sich selbst an ähnliche Kommunikationssituationen in Ihrem ärztlichen Alltag? Tauschen Sie sich in der Gruppe aus. Eine Lösung finden Sie am Ende des Buches (► Anhang C).
4. Mit welchen Argumenten könnte man Politiker, Chefärzte, Ärzte und Pflegekräfte verstärkt dazu motivieren, sich mit der Thematik »interkulturelle Kommunikation in der Medizin« zu befassen? Berücksichtigen Sie hierfür auch die Argumente Schamis.
5. Was halten Sie von dem Vorschlag des Autors, in Zukunft »eine Art interkulturelles Mobil-Team für jede Region zu installieren, das wie die Feuerwehr bei Bedarf schnell zur Stelle ist, um qualifizierte Verständigung zu ermöglichen«? Ist die Idee gut, realistisch, umsetzbar usw.? Diskutieren Sie in der Gruppe.

#### ■ ■ Der Autor

Rafik Schami, einer der weltweit erfolgreichsten und beliebtesten deutschsprachigen Autoren, wurde 1946 in Damaskus, Syrien, geboren. 1971 wanderte er in die Bundesrepublik aus. Seit 1982 arbeitet er als freier Schriftsteller. Die bestimmenden Themen von Schamis Werk sind das Leben der Migranten in Deutschland, die Darstellung der arabischen Welt damals, heute und in der Utopie, Politik und Gesellschaft sowie das Erzählen selbst.



## Einen Fachvortrag halten

- 11.1     **Wichtige Grundregeln**    – 130
- 11.2     **Beispielvortrag von Antje Siebert**    – 130
- 11.3     **Die richtige Verbkategorie**    – 132
- 11.4     **Einen eigenen Vortrag halten**    – 134



## ■ ■ Wissenschaftssprache

**11.1 Wichtige Grundregeln**

1. Verwenden Sie einfache kurze (deutsche) Sätze. Drücken Sie sich möglichst klar und knapp aus, auch wenn Sie dann vielleicht auf einige Details verzichten müssen. Diese können Sie, falls wirklich nötig, anhand von begleitenden Dias oder Folien präsentieren.
2. Verzichten Sie möglichst auf Zweideutigkeiten, Anspielungen, auch auf Scherze – Humor in einer Fremdsprache zu transportieren, ist kompliziert!
3. Versichern Sie sich immer wieder durch Rückfragen, dass Sie von den Zuhörenden gut verstanden werden.
4. Bemühen Sie sich um eine klare, deutliche **Struktur** Ihres Vortrags. Er sollte möglichst wie folgt gegliedert sein:
  - a. Einleitung bzw. wissenschaftlicher Hintergrund: Hier nennen Sie die Befunde anderer Autoren oder einschlägige früher publizierte Beobachtungen.
  - b. Fragestellung(en) der vorliegenden Untersuchung.
  - c. Methoden.
  - d. Ergebnisse.
  - e. Zusammenfassung.
  - f. Schlussfolgerung und Ausblick: Hier beantworten Sie die anfangs dargestellte Fragestellung Ihrer Untersuchung und geben, falls möglich, einen Ausblick auf weitere interessante Aspekte des Forschungsgebietes, die untersucht werden könnten.

**11.2 Beispielvortrag von Antje Siebert**

In der Klinik von Franz Neuberger werden einmal pro Woche Fortbildungsvorträge gehalten, um sich gegenseitig auf dem neuesten Stand des Wissens zu halten. Diesmal ist die Kollegin Antje Siebert an der Reihe. Sie referiert über eine wichtige aktuelle Studie, die kürzlich erschienen ist.

**Übung 11.1** Lesen Sie den Vortrag und markieren Sie die 3 folgenden Hauptbestandteile des Vortrages:


- Einleitung,
- Hauptteil,
- Zusammenfassung und Ausblick.

Die Auflösung finden Sie im Lösungsteil am Ende des Buches (► Anhang C).

- 11.1 »Sehr geehrter Herr Prof. Meier, liebe Kolleginnen und Kollegen. Ich möchte Ihnen heute die Ergebnisse einer aktuellen Untersuchung zu den unerwünschten Arzneimittelwirkungen von Simvastatin vor-



stellen. (Nächstes Dia.) In der Heart Protection Study (2002) konnte gezeigt werden, dass Simvastatin eine Senkung des kardiovaskulären Risikos (Myokardinfarkt, ischämischer Schlaganfall, kardiovaskulärer Tod) auch bei niedrigen und normalen LDL-Werten bewirken kann. Somit wurde eine Statintherapie bei Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen allgemein empfohlen. Wie Sie wissen, gab es in der Folge einige Berichte über das Auftreten von muskel- und lebertoxischen Begleiteffekten, die die Sicherheit dieser Therapie in Frage stellten. (Nächstes Dia.) In einer aktuellen Untersuchung der MRC/BHF Heart Protection Study Collaborative Group (2009) wurden diese unerwünschten Arzneimittelwirkungen nun über einen längeren Zeitraum genauer untersucht. Dazu wurde eine randomisierte, Placebo-kontrollierte Studie mit 20.536 Patienten mit Gefäßerkrankung oder Diabetes durchgeführt. Die Patienten erhielten entweder eine tägliche Dosis von 40 mg Simvastatin oder ein Placebo und wurden über einen Zeitraum von 5 Jahren beobachtet. Als Marker für muskel- und lebertoxische Effekte wurden in regelmäßigen Abständen die Werte der Kreatinkinase bzw. der Alanin-Aminotransferase bestimmt. Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen wurden mit parametrischen Methoden bei einer Intention-to-treat-Herangehensweise berechnet. (Nächstes Dia.) Ich komme nun zu den Ergebnissen der Untersuchung. Bei den unterschiedlichen Hochrisikopatienten (einschließlich Frauen, ältere Individuen, solche mit niedrigen Cholesterolverwerten) zeigte sich in der Simvastatin-Gruppe eine relative Erhöhung der Inzidenz von Myopathie von 0,1% über den Zeitraum von 5 Jahren. Ein signifikanter Unterschied hinsichtlich des Auftretens von hepatobiliären Erkrankungen wurde nicht gefunden. (Nächstes Dia.) Zusammenfassend kann man also feststellen, dass das Risiko einer Myopathie bei Therapie mit Simvastatin über einen 5-Jahres-Zeitraum sehr niedrig ist und das Risiko einer Hepatitis nicht signifikant. Es besteht aber eine Reduktion des kardiovaskulären Risikos. Ich denke, dass diese Studie gezeigt hat, dass die Vorteile einer Simvastatin-Therapie die Nachteile deutlich aufwiegen. Unter Beachtung der potenziellen Nebenwirkungen kann diese Therapie also sicher durchgeführt werden. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit. Ich freue mich auf Ihre Fragen und Diskussionsbeiträge.«

1. Markieren Sie die jeweils in den verschiedenen Vortragsteilen verwendeten Redemittel im Text und notieren Sie sie in  Tab. 11.1. Ergänzen Sie die Tabelle mit weiteren Redemitteln und Formulierungen, die man verwenden könnte, und/oder die Sie oft in Ihren Vorträgen verwenden.

## Übung 11.2

■ Tab. 11.1 Beispielformulierungen für einen wissenschaftlichen Vortrag

Einleitung/wissenschaftlicher Hintergrund	Sehr geehrter Herr Prof. Meier ... Ich möchte Ihnen heute (...) vorstellen.
Fragestellung	...
Vorgehen/Methoden	
Ergebnisse	
Zusammenfassung	
Ausblick	

### 11.3 Die richtige Verbkategorie

#### Übung 11.3

1. Der Beispielvortrag ist v. a. in einer Verbkategorie (Genus verbi) verfasst. Welche ist es? Warum?
2. Untersuchen Sie den Text in 2er-Gruppen. Markieren Sie dazu alle Verbformen im Text. Diskutieren Sie Ihre Ergebnisse anschließend in der Gruppe.

Das Ziel eines wissenschaftlichen Textes oder Vortrages ist es, möglichst neutral und unpersönlich wissenschaftliche Fragestellungen, Untersuchungen und Ergebnisse vorzustellen. Die Persönlichkeit des Wissenschaftlers, seine Meinungen, Vorstellungen, Wünsche usw., das Subjekt also, sollten eher in den Hintergrund treten, und der Untersuchungsgegenstand, das Objekt, sollte im Zentrum stehen. Es bietet sich daher an, für wissenschaftliche Texte das Passiv zu verwenden.

Allerdings gibt es gerade in neuerer Zeit auch kritische Stimmen gegenüber dem beschriebenen wissenschaftlichen Stil, v. a. aus dem angloamerikanischen Raum. Diese propagieren der leichteren Verständlichkeit wegen die Verwendung des Aktivs. Unabhängig davon, für welche Form Sie sich bei Ihren Vorträgen entscheiden, sollten Sie aber in jedem Fall mit der Verbkategorie des Passivs vertraut sein.

#### Übung 11.4

1. Sammeln Sie die Formulierungen im vorliegenden Beispielvortrag, die im Passiv verwendet werden, und notieren Sie sie mit ihrer Infinitivform in ■ Tab. 11.2.



## Übung 11.5

■ **Tab. 11.2** Die richtige Verbform

[illegible]

■ **Tab. 11.3** Passiv in verschiedenen Zeiten (Lösung ► Anhang C)

Infinitiv	Passiv Präsens	Passiv Präteritum	Passiv Perfekt	Passiv Futur I
operieren	ich werde operiert	ich wurde operiert	ich bin operiert worden	ich werde operiert werden
	du wirst operiert	du ...	du ...	du ...
	er/sie/es wird operiert			
	wir werden operiert			
	ihr werdet operiert			
	sie/Sie werden operiert			

### Übung 11.6

3. Markieren Sie Subjekt und Objekt in den beiden folgenden Sätzen im Aktiv und Passiv. Die Auflösung finden Sie im Lösungsteil am Ende des Buches (► Anhang C).
  - a. Der Arzt untersucht den Patienten.
  - b. Der Patient wird von dem Arzt untersucht.
4. Finden Sie weitere Beispielsätze im Aktiv aus dem ärztlichen Berufsalltag, die Sie anschließend in Sätze im Passiv umwandeln. Berücksichtigen Sie dabei die unter b) und c) in ■ Übung 11.5 genannten Regeln.
  - a. Verwenden Sie unterschiedliche Zeiten, v. a. Präsens, Präteritum, Perfekt und Futur I.
  - b. Arbeiten Sie in 3er-Gruppen und vergleichen Sie Ihre Ergebnisse anschließend in der Gruppe.

## 11.4 Einen eigenen Vortrag halten

### Übung 11.7

1. Überlegen Sie sich ein Thema, zu dem Sie gerne einen medizinischen Vortrag halten würden. Machen Sie sich Stichpunkte nach der oben gezeigten Strukturierung zu den einzelnen Teilen Ihres Vortrags.
2. Formulieren Sie Ihren Vortrag aus. Benutzen Sie dabei auch die erarbeiteten Redemittel und stilistischen Ausdrucksmöglichkeiten. Achten Sie verstärkt auf die korrekte Verwendung des Passivs, so wie Sie sie oben wiederholt und geübt haben.
3. Üben Sie nun, den Vortrag möglichst frei zu halten. Orientieren Sie sich dabei nur an Ihren zuerst angefertigten Stichpunkten, nicht an Ihrem ausformulierten Vortragstext.
4. Tragen Sie Ihren Vortrag abschließend in der Gruppe vor. Versuchen Sie wiederum, so frei wie möglich zu sprechen.
5. Diskutieren Sie die Ergebnisse in der Gruppe. Was ist besonders gut gelungen? Wo gibt es noch Probleme? Was könnte verbessert werden? usw.



## Schriftliche Dokumentation: Arztbriefe

- 12.1    **Allgemeines**    – 136
- 12.2    **Die richtige (grammatikalische) Zeit verwenden**    – 136
- 12.3    **Beispielarztbrief: Eva Schneider**    – 140



## ■ ■ Praxissprache

**12.1 Allgemeines****Übung 12.1**

1. **Formalien:** Auf welche Formalien müssen Sie achten, wenn Sie einen ärztlichen Entlassungsbrief schreiben? Lesen Sie den vorliegenden Arztbrief (■ Abb. 12.1) und diskutieren Sie die wichtigen Aspekte. Berücksichtigen Sie dabei auch folgende Fragen:
  - Wo steht welche Adresse?
  - Welche Funktion hat die Zeile »Nachrichtlich...«? Wie ist sie zu ergänzen?
  - Wo platzieren Sie das Datum? Wie notieren Sie es?
  - Welche Anrede wählen Sie?
  - Wie verabschieden Sie sich am Ende des Briefes?
2. **Gliederung:** Notieren Sie die verschiedenen Bereiche, in die der Brief gegliedert ist. Erklären Sie ihre Bedeutung, z. B.:
  - Diagnosen
  - etc.
3. **Abkürzungen:** In dem Brief werden einige allgemeine und medizinische Abkürzungen verwendet, die in ■ Tab. 12.1 notiert sind. Recherchieren Sie ihre Bedeutung (► Anhang B: Tabelle mit medizinischen Abkürzungen, Diskussionen mit den anderen Lernenden, Konsultation der Dozenten), falls Sie sie nicht kennen, und erklären Sie sich gegenseitig die Bedeutung. Arbeiten Sie in 2er-Gruppen. Überprüfen Sie Ihre Ergebnisse mit Hilfe des Lösungsteils (► Anhang C), wenn Sie möchten.

**12.2 Die richtige (grammatikalische) Zeit verwenden****Übung 12.2 zur Grammatik:  
Konjunktiv I****12.1**

1. Unterstreichen Sie in den beiden Abschnitten »Anamnese« und »Zusammenfassende Beurteilung« im Arztbrief (■ Abb. 12.1) die Verbformen und bestimmen Sie jeweils die verwendete Zeit sowie den Infinitiv der Verben.
2. Erklären Sie, warum wann welche Zeit verwendet wird. Füllen Sie dazu für 8 Verben Ihrer Wahl ■ Tab. 12.2 aus. Arbeiten Sie in 2er-Gruppen.

**Übung 12.3**

1. Erarbeiten Sie nun anhand ■ Tab. 12.2 3 grundsätzliche Regeln für den Zeitengebrauch in Arztbriefen. Arbeiten Sie in 2er-Gruppen und vergleichen Sie anschließend Ihre Ergebnisse in der Gruppe. Zur Überprüfung Ihrer Ergebnisse können Sie im Lösungsteil nachlesen (► Anhang C).
  - a. Zur Beschreibung aller Ereignisse vor der Aufnahme verwendet man ...
  - b. Zur Darstellung der Dinge, die der Patient berichtet, verwendet man ...
  - c. Zur Darstellung der Untersuchungsbefunde verwendet man ...



**Tab. 12.1** Einige wichtige Abkürzungen aus dem Beispielarztbrief (Lösung ► Anhang C)

Abkürzung	Bedeutung
geb.	geboren
V. poplitea	
Z. n.	
ca.	
DM Typ 2	
AZ	
EZ	
cm	
kg	
RUQ	
LUQ	
Cor.	
Pulmo	
pos.	
neg.	
re. V. poplitea	
s	
mg	
INR	
n. Wert	

**Tab. 12.2** Verwendete Verbformen erkennen

Verbform	Infinitiv	Zeit	Funktion
berichtet	berichten	Präsens	Darstellungen in und von der Gegenwart

**Übung 12.4** 1. Wiederholen Sie gemeinsam die wichtigsten Regeln für die Bildung des Konjunktivs I in der Gegenwart und Vergangenheit. Konjugieren Sie anschließend die Verben in ■ Tab. 12.3 im Indikativ Präsens, Indikativ Perfekt, Konjunktiv I (ggf. II) Gegenwart und Konjunktiv I Vergangenheit in der 1. und 3. Person Singular. Die Auflösung finden Sie im Lösungsteil am Ende des Buches (► Anhang C).

**Übung 12.5** 1. Bilden Sie mit jedem der folgenden Verben einen sinnvollen Satz im Konjunktiv I Gegenwart oder Konjunktiv I Vergangenheit. Bilden Sie also insgesamt 10 Sätze. Beginnen Sie mit:

- Der Patient berichtete, dass ...
- Der Patient stellte dar, dass ...
- Der Patient erklärte, dass ...
- usw.

z. B.: Der Patient berichtete, dass er in den letzten 3 Monaten 5 kg zugenommen habe.

2. Einen Arztbrief verfassen:

- Denken Sie sich einen Patienten mit einem bestimmten Krankheitsbild (Ihres Fachgebiets) aus und schreiben Sie einen entsprechenden Arztbrief. Achten Sie auf die korrekte Verwendung der Zeiten und auf die Einhaltung der Formalien.
- Tragen Sie Ihre Ergebnisse in der Gruppe vor und diskutieren Sie sie.

■ Tab. 12.3 Konjunktiv I bilden (Lösung ► Anhang C)

Infinitiv	Indikativ Präsens	Indikativ Perfekt	Konjunktiv I Gegenwart	Konjunktiv I Vergangenheit
auftreten	ich trete auf	ich bin aufgetreten	ich trete auf – identisch mit Präsens, daher Konjunktiv II: <b>ich träte auf/würde auftreten</b>	ich sei aufgetreten
	du trittst auf	du bist	du trestest auf	du seiest aufgetreten
	er/sie/es tritt auf	er/sie/es ist	er/sie/es trete auf	er/sie/es sei aufgetreten
	wir treten auf	wir sind	wir treten auf auf – identisch mit Präsens, daher Konjunktiv II: <b>wir träten auf/würden auftreten</b>	wir seien aufgetreten
	ihr tretet auf	ihr seid	ihr tretet auf auf – identisch mit Präsens, daher Konjunktiv II: <b>ihr trätet auf/wüdet auftreten</b>	ihr seiet aufgetreten
	sie/Sie treten auf	sie/Sie sind	sie/Sie treten auf auf – identisch mit Präsens, daher Konjunktiv II: <b>sie/Sie träten auf/würden auftreten</b>	sie/Sie seien aufgetreten



Tab. 12.3 Fortsetzung

Infinitiv	Indikativ Präsens	Indikativ Perfekt	Konjunktiv I Gegenwart	Konjunktiv I Vergangenheit
bekommen	ich  er/sie/es			
husten				
zunehmen				
einnehmen				
absetzen				
essen				
trinken				
sein				
haben				

## 12.3 Beispielarztbrief: Eva Schneider

■ Abb. 12.1.

Frau  
Dr. Maria Huth  
Kolonnenstr. 36  
10961 Berlin

**Klinikum St. Martin**  
Friedrichstr. 10  
13156 Berlin

Klinik für Innere Medizin  
Prof. Dr. Gustav Meier  
Chefarzt

15.08.2008

Nachrichtlich: der Patientin

### Entlassungsbrief Eva Schneider

Sehr geehrte Frau Dr. Huth,

wir berichten nachfolgend über unsere gemeinsame Patientin, Frau Eva Schneider, geb. am 23.05.1980, wohnhaft Zossener Str. 5, 10977 Berlin, die sich vom 11.08.2008 bis zum 15.08.2008 in unserer stationären Behandlung befand.

**Diagnosen:**

- Phlebothrombose der V. poplitea rechts
- Adipositas
- Nikotinabusus
- Z. n. Appendektomie (April 1998)

### Anamnese:

Frau Schneider berichtet über seit dem Vorabend bestehende starke Schmerzen im rechten Unterschenkel sowie über eine Schwellung und Rötung der betroffenen unteren Extremität. Die Patientin gibt an, dass die Schmerzen langsam aufgetreten seien. Im Verlauf der Nacht sei trotz kühlender Wadenwickel eine Verschlechterung der Beschwerden eingetreten. Die Patientin wurde unter dem Verdacht auf eine akute Phlebothrombose des rechten Unterschenkels zur weiteren Diagnostik und Therapie stationär aufgenommen.

**Vorerkrankungen:** Saisonale, allergische Rhinorrhö (Gräserpollen).

### Vegetative Anamnese:

Kein Fieber, kein Nachtschweiß. Gewichtsverhalten konstant. Schlaf und Appetit gut. Miktion und Defäkation unauffällig. Ungestörte Sexualfunktion. Regelmäßige, normal starke Menses. Gravidität unwahrscheinlich bei regelmäßiger Einnahme des oralen Kontrazeptivums Valette. Nikotinabusus: ca. 0,5 Schachteln/Tag, ca. 5 „pack years“. Alkoholkonsum oder Drogenkonsum wird verneint.

### Familienanamnese:

Vater: Hypertonie.

Mutter: DM Typ 2, mehrfache Thrombosen der unteren Extremität.

### Sozialanamnese:

Verkäuferin (stehende Tätigkeit), unverheiratet, keine Kinder, lebt allein.

■ Abb. 12.1 Beispielarztbrief: Eva Schneider



**Internistischer Untersuchungsbefund bei Aufnahme:**

Patientin in gutem AZ und adipösem EZ (Größe: 165 cm, Gewicht: 78,9 kg). Haut warm und trocken, guter Turgor. Keine vergrößerten Lymphknoten nuchal, zervikal, axillär, inguinal palpabel. Schilddrüse nicht vergrößert palpabel, schluckverschieblich. Mund und Rachen frei, nicht gerötet.

Abdomen: Bauchdecke weich, zwei kleine Operationsnarben im RUQ und LUQ, kein Druckschmerz, keine pathologischen Resistenzen palpabel. Leber und Milz nicht vergrößert tastbar, Nierenlager ohne Klopfeschmerz, regelrechte Darmgeräusche über allen Quadranten auskultierbar.

Cor: Regelmäßige Herzaktion, Töne mittellaut und rein, keine pathologischen Geräusche auskultierbar.

Pulmo: Sonorer Klopfeschall, bds. gute Atemverschieblichkeit, vesikuläres Atemgeräusch, keine Nebengeräusche auskultierbar.

Extremität: Deutliche Schwellung des rechten Unterschenkels (nicht wegdrückbar) mit Rötung, leichtgradiger livider Verfärbung und Überwärmung. Meyer- und Homans-Zeichen rechts pos., Payr-Zeichen neg.

**Weiterführende Untersuchungsbefunde:**

**Farbkodierte Duplexsonographie vom 11.08.2008:** Zusammenfassend ergab sich bei erweitertem Lumen der re. V. poplitea, fehlender Komprimierbarkeit und fehlendem farbkodiertem Binnenecho der Befund einer Phlebothrombose der re. V. poplitea.

**Laborwerte vom 11.08.2008 (Zusammenfassung):** INR 1,1, PTT 22 s, TZ 16 s,  $\beta$ -HCG neg., D-Dimere 1,2 mg/dl, Screening nach prokoagulatorischen Faktoren (Faktor-II-Mutation, APC-Resistenz, AT III, Phospholipid-Ak, Protein C/S, Homocystein) neg.

**Zusammenfassende Beurteilung:**

Die stationäre Aufnahme von Frau Schneider erfolgte aufgrund von seit dem 10.08.2008 aufgetretenen und zunehmenden Schmerzen im rechten Unterschenkel und zusätzlich bestehender Schwellung, Rötung. Klinisch ergab sich der dringende Verdacht auf das Vorliegen einer Phlebothrombose der rechten unteren Beinvene(n). Es fanden sich keine Hinweise für die differenzialdiagnostisch in Betracht kommende Thrombophlebitis, für ein Erysipel oder ein Lymphödem.

Bei erhöhten D-Dimeren und in der farbkodierten Duplexsonographie nachgewiesenem erweitertem Lumen der rechten V. poplitea bei gleichzeitig fehlender Komprimierbarkeit sowie fehlendem Binnenecho konnte eine Phlebothrombose der rechten V. poplitea nachgewiesen werden.

In der erweiterten Gerinnungsdiagnostik ergab sich kein Hinweis auf das Vorliegen hyperkoagulatorischer Faktoren.

Nach Ausschluss einer Gravidität begannen wir mit einer Antikoagulationstherapie mit dem niedermolekularen Heparin Enoxaparin und Marcumar. Nach Erreichen der Ziel-INR von 2,5 sistierten wir die Heparin-Gabe. Wir empfehlen die Fortführung der Marcumar-Therapie für mindestens 6 Monate. Wir besprachen mit der Patientin die Durchführung präventiver Maßnahmen (Gewichtsreduktion, Rauchentwöhnung, Absetzen des Kontrazeptivums).

**Medikation bei Entlassung:**

Marcumar                      n. Wert

Wir danken für die ambulante Weiterbetreuung der Patientin, stehen für Rückfragen jederzeit gerne zur Verfügung und verbleiben

mit freundlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. Gustav Meier  
Chefarzt

Dr. Gesine Schmidt  
Oberärztin

Franz Neuberger  
Assistenzarzt



# Anhang

<b>A</b>	<b>Die wichtigsten Abkürzungen – 144</b>
<b>B</b>	<b>Lateinische Nomenklatur – eine knappe Übersicht – 147</b>
<b>C</b>	<b>Lösungen – 150</b>
Kap. 2:	Einführung in die Fachsprache Medizin – 150
Kap. 3.2.2:	Richtig deklinieren – 151
Kap. 4.3:	Von der Erkrankung zur Genesung: Ein Weg mit vielen Stationen – 152
Kap. 5.2:	Beispiel: Anamnesegespräch Eva Schneider – 152
Kap. 6:	Die körperliche Untersuchung – 153
Kap. 7.3:	Beispiel: Fallpräsentation Eva Schneider – 154
Kap. 9.1:	Ärztliche Gesprächsführung; Techniken – 155
Kap. 9.2:	Das schwere Gespräch – Überbringen von schlechten Nachrichten – 156
Kap. 10.2:	Interkulturelle Kommunikation in der Medizin – 157
Kap. 11.2:	Beispielvortrag von Antje Siebert – 158
Kap. 11.3:	Die richtige Verbkategorie – 159
Kap. 12.1:	Allgemeines – 160
Kap. 12.2:	Die richtige (grammatikalische) Zeit verwenden – 161



## A Die wichtigsten Abkürzungen

■ Tab. 1 Allgemeine Abkürzungen

B	bds.	beidseitig, bilateral
	bes.	besonders
	bzw.	beziehungsweise
C	ca.	circa
D	d	-r Tag, e
	d. h.	das heißt
E	evtl.	eventuell
G	ggf.	gegebenenfalls
H	h (oder Std.)	-e Stunde, n
I	i. A. oder i. Allg.	im Allgemeinen
	i. d. R.	in der Regel
M	max.	maximal
	min.	minimal
	min (oder Min.)	-e Minute, n
N	neg.	negativ
O	o. Ä.	oder Ähnliches
P	pos.	positiv
S	s (oder Sek.)	-e Sekunde, n
	s. o.	siehe oben
	s. u.	siehe unten
U	u. a.	unter anderem
V	v. a.	v. a.
	vgl.	vergleiche
W	Wo.	-e Woche, n
Z	z. B.	zum Beispiel

■ Tab. 2 Abkürzungen von lateinischen Wörtern

<b>A</b>	A., Aa.	-e Arteria, Arteriae
<b>G</b>	Ggl.	-s Ganglion
<b>L</b>	Lig.	-s Ligamentum
<b>M</b>	M., Mm.	-r Musculus, Musculi
<b>N</b>	N., Nn.	-r Nervus, Nervi
<b>V</b>	V., Vv.	-e Vena, Venae

■ Tab. 3 Abkürzungen von medizinischen Termini

<b>A</b>	Ak	-r Antikörper, =
	AZ	-r Allgemeinzustand
<b>B</b>	BB	-s Blutbild, er
	BGA	-e Blutgasanalyse
	BSG	-e Blutsenkungsgeschwindigkeit
	BZ	-r Blutzucker
<b>C</b>	CT	-e Computertomographie
	COPD	»chronic obstructive pulmonary disease« (engl.)
	CRP	C-reaktives Protein (n.)
<b>D</b>	DD	-e Differenzialdiagnose, n
	DK	-r Dauerkatheter, =
<b>E</b>	Echo	-s Echokardiogramm, e
	EK	-s Erythrozytenkonzentrat
	EKG	-s Elektrokardiogramm
	E'lyte	-e Elektrolyte (m. Pl.)
	EZ	-r Ernährungszustand
<b>F</b>	FFP	„fresh frozen plasma“ (engl.)
<b>G</b>	GFR	-e glomeruläre Filtrationsrate
<b>H</b>	HF	-e Herzfrequenz
	HI	-r Herzinfarkt
<b>I</b>	i.m.	intramuskulär
	INR	„international normalized ratio“, Quick-Wert
	ITS	-e Intensivstation



Tab. 3 Fortsetzung

	i.v.	intravenös
K	KG	-s Körpergewicht oder -e Krankengymnastik (je nach Zusammenhang)
	Krea	-s Kreatinin
L	Leukos	Leukozyten
	LP	-e Lumbalpunktion
M	MI (auch AMI)	-r Myokardinfarkt (akuter MI)
	MRT	-e Magnetresonanztomographie
	MTA	-e Medizinisch-technische Assistentin
N	NSAID	nichtsteroidale Antiphlogistika
	NW	-e Nebenwirkung, en
O	o. B.	ohne Besonderheit
	OP	-r Operationssaal oder -e Operation
P	Pat.	-r Patient
	pAVK	-e periphere arterielle Verschlusskrankheit
	PEG	-e perkutane endoskopische Gastrostomie
	p.o.	per os (-e orale Einnahme)
	PTT	-e partielle Thromboplastinzeit
R	RG, RGs	-s Rasselgeräusch, -e Rasselgeräusche (Pl.)
	Rö	-s Röntgen
	RR	-r Blutdruck nach Riva-Rocci
S	s.c.	subkutan
	SHT	-s Schädel-Hirn-Trauma
	Sono	-e Sonographie
T	TEP	-e Totalendoprothese
	Thrombos	-e Thrombozyten (m. Pl.)
U	UAW	-e unerwünschte Arzneimittelwirkung
V	V. a.	Verdacht auf
W	WW	-e Wechselwirkung, en
Z	Z. n.	Zustand nach
	ZNS	-s Zentralnervensystem
	ZVK	zentraler Venenkatheter (m.)



## B Lateinische Nomenklatur – eine knappe Übersicht

Tab. 4 Lateinische Nomenklatur – eine knappe Übersicht

A	abdomen	der Bauch, die Bauchhöhle, der Unterleib ► Musculus rectus abdominis = der gerade Muskel des Bauches; Abdominalschmerzen = Schmerzen im Bauchbereich
	abduc-	wegführend ► Abduktion = die Abspreizung (z. B. der Arme); Nervus abducens = der VI. Hirnnerv
	accessorius	zusätzlich, hinzukommend ► Processus accessorius, ein kleiner Fortsatz dorsokaudal am Processus costalis der Lendenwirbel
	agonist	griech. von »agonizomai« = (wett-)kämpfen Bei der Beschreibung von Muskeln setzt man häufig den Agonisten, also solchen Muskeln, die eine bestimmte Bewegung hervorrufen, ihre Gegenspieler, ihre Antagonisten, gegenüber: z. B. beugt der M. brachialis das Ellbogengelenk, und der M. triceps brachii streckt es wieder. Der M. brachialis ist der Agonist für die Beugung, und der M. triceps brachii ist sein Antagonist.
	ala	Flügel ► Ala ossis ilii = die Darmbeinschaukel (wörtlich = »Flügel des Darmbeins«)
	alb-	lat. Silbe für etwas, das weiß oder hell-glänzend ist ► Linea alba = wörtlich »die weiße Linie« = die »Naht« der Rektusscheide auf der vorderen Bauchwand Albumin = ein bedeutsamer Eiweißstoff des Blutes
	anterior	der oder die vordere ► foramen anterius = das vordere Loch
	anterius	das vordere ► Ligamentum longitudinale anterius = das vordere Längsband der Wirbelsäule
	anulus	der kleine Ring
	arcus	der Bogen ► Arcus vertebrae = der Wirbelbogen
	asper	rauh, grob, derb, hart ► Linea aspera = an der Rückseite des Oberschenkelbeines
	axis	der 2. Wirbel, abgekürzt: C2
B	bi-	lat. Silbe für etwas, das zweifach/doppelt ist ► bimanuell = beidhändig
C	cauda	der Schweif, der Schwanz ► Kaudasyndrom = Verletzung des unteren Endes des Rückenmarks, der Cauda equina
	caudal	schweifwärts, zum Schweif hin
	columna	die Säule ► columna vertebralis = die Wirbelsäule



Tab. 4 Fortsetzung

	concav	im Deutschen »konkav« geschrieben = ausgehöhlt
	convex	im Deutschen »konvex« geschrieben = nach vorn gewölbt
	corpus	der Körper In der Anatomie meint »Corpus« i. Allg. den Hauptteil von etwas, ► Corpus femoris = der Schaft des Oberschenkelknochens
	costa	die Rippe ► processus costalis = der Rippenfortsatz
	cranial	schädelwärts, zum Schädel hin
	cranium	der Schädel ► Hemicranie = halbseitiger Kopfschmerz Kraniotomie = Schädelöffnung
D	descensus	der Abstieg ► descensus testis = der Abstieg der Hoden von ihrem Bildungsort während der Embryonalzeit in das kleine Becken und schließlich der Austritt aus dem Abdomen in den Hodensack
	dexter	rechts ► Dextrose, Traubenzucker oder auch D-Glukose, die polarisiertes Licht rechts herumdrehen
	discus	die Scheibe
	distal	weit vom Rumpf entfernt
	dorsal	rückenwärts, zum Rücken hin
	dorsum	der Rücken ► das Dorsum pedis = der Fußrücken
E	extensor	der Strecker Beuger und Strecker sind Gegenspieler (Antagonisten)
F	facies	die Seite oder das Gesicht
	fibra	die Faser ► fibrosus = faserig
	flexor	der Beuger Beuger und Strecker sind Gegenspieler (Antagonisten)
	foramen	das Loch ► foramina nutritiva = typische Löcher für Blutgefäße an Skelettstücken, die das Knochengewebe und das Knochenmark ernähren
	fossa	die Grube
G	gaster	der Magen, der Wulst, der Wanst ► Gastritis = die Magenschleimhautentzündung
	gleno-	eine alte Bezeichnung für alles, was mit dem Schultergelenk zu tun hat
I	incisura	der Einschnitt Ein typischer anatomischer Einschnitt ist die »incisura superior pediculi arcus vertebrae« = der Einschnitt am Oberrand des Wirbelbogenfußes



Tab. 4 Fortsetzung

	inferior	der oder die untere
	infra	unterhalb
	inter	zwischen ► discus intervertebralis = die Scheibe zwischen zwei Wirbeln
L	latera	die Seite ► bilateral = zweiseitig, symmetrisch
	ligamentum	das Band Bindegewebsstruktur, meist von Knochen zu Knochen oder zu anderem Bindegewebe
	longitudinale	das längs Ausgerichtete Längs ausgerichtet ist z. B. das vordere Längsband, das Ligamentum longitudinale anterius
M	maior	der oder die größere
	manus	die Hand
	medium	die Mitte
	minor	der oder die kleinere das Gegenteil zu maior
P	pediculus	das Fußstück ► Pediculus arcus vertebrae
	pes	der Fuß
	processus	der Fortsatz ► Processus spinosus = der Dornfortsatz
	pulpa	das weiche Innere von etwas ► Nucleus pulposus = der Gallertkern der Bandscheibe
S	scapula	das Schulterblatt
	septum	die Trennwand
	sinister	links
	sub-	lat. Silbe für »unten, darunter« ► Nervus subcostalis = der Nerv direkt unterhalb der zwölften Rippe
	superior	oberer
T	transversus	quer ► die Transversalebene, die quer zur kraniokaudalen Achse des Körpers verläuft
V	venter	der Bauch, der Wulst ► Venter inferior musculi digastrici = der untere Bauch des M. digastricus
	ventral	bauchwärts, zum Bauch hin
	vertebr-	lat. Wortbestandteil für etwas, das mit Wirbeln zu tun hat ► Columna vertebralis = die Wirbelsäule



## c Lösungen

### Kap. 2: Einführung in die Fachsprache Medizin

#### Übung 2.1

##### ■ ■ Kommunikationssituation 1

Das Kommunikationsbeispiel sollte eigentlich zu dem Bereich »Transfersprache« gehören, da es sich um ein Beispiel aus dem Bereich »Arzt-Patienten-Kommunikation« während der Visite handelt. Hier aber spricht der Arzt ausschließlich mit der Gesundheits- und Krankenpflegerin, besser: Er monologisiert in lateinisch-griechischer Fachterminologie, formuliert keine vollständigen Sätze, sondern reiht einen Fachbegriff an den anderen, worauf der ausländische Patient mit gesundem Menschenverstand reagiert: Er denkt, der Arzt sei auch Ausländer und spreche also eine Fremdsprache: »Du auch ausländisch, Doktor? Nix sprechen Deutsch?« – was der Arzt ja gewissermaßen nicht tut: Er spricht nicht die deutsche Umgangssprache, sondern die medizinische Wissenschaftssprache, die für die Kommunikation mit dem Patienten ungeeignet ist.

##### ■ ■ Kommunikationssituation 2

Es handelt sich hierbei um ein Gespräch während einer körperlichen Untersuchung, also um den Bereich der »Transfersprache«, der Arzt-Patienten-Kommunikation.

##### ■ ■ Kommunikationssituation 3

Der Textauszug stellt einen Auszug aus einem Arztbrief dar, der im Zuge der Entlassung eines Patienten vom behandelnden Arzt im Krankenhaus an den Hausarzt geschickt wird. Damit gehört der Text zum Bereich der »Praxissprache«, also zu der Kommunikation der Ärzte untereinander auf der Ebene der fachlichen Vermittlung.

##### ■ ■ Kommunikationssituation 4

Dieser Text gehört wiederum zum Bereich der »Transfersprache«. Ein Arzt steht hier beratend einer verzweiferten Frau zur Seite, die an Lungenkrebs erkrankt ist.

##### ■ ■ Kommunikationssituation 5

Der Gesprächsauszug ist dem Bereich der »Praxissprache« zuzuordnen. Ein behandelnder Arzt erläutert dem Oberarzt alle notwendigen Informationen zu einem neu eingetroffenen Patienten.

##### ■ ■ Kommunikationssituation 6

Hierbei handelt es sich um einen Auszug aus einem Anamnesegespräch, wiederum also um die Arzt-Patienten-Kommunikation, die »Transfersprache«.

### ■ ■ Kommunikationssituation 7

Der Textauszug ist der »Wissenschaftssprache« zuzuordnen: Es handelt sich um den Beginn eines ärztlichen Fachvortrages.

## Kap. 3.2.2: Richtig deklinieren

### Übung 3.3

Erläuterung spezieller Abkürzungen: S = Subjekt; DO = Dativobjekt; AO = Akkusativobjekt.

- Brauchen Sie *den breiten Tubus* oder *den schmalen*? → AO, m., **bestimmt**
- Ich suche *eine funktionierende Venenverweilkanüle*. → AO, f., **unbestimmt**
- Das neue Fieberthermometer* ist verschwunden. → S, n., **bestimmt**
- Das alte Stethoskop* liegt auf *dem weißen Tisch*. → S, n., **bestimmt**; DO, m., **bestimmt**
- Die schmutzige Spritze* landete im Müll. → S, f., **bestimmt**
- Bitte setzen Sie sich auf *einen kleinen Stuhl*. → AO, m., **unbestimmt**
- Ich kann Ihnen *einen sehr guten Kardiologen* empfehlen, der gleich um die Ecke wohnt. → AO, m., **unbestimmt**
- Bitte heben Sie → *Ihren linken Arm*. AO, m., **Possessivpronomen**
- Ich zeige Ihnen nun *das beste Skalpell*, das zu unserer Ausrüstung gehört. → AO, n., **bestimmt**
- Ich gebe Ihnen jetzt *einen guten Rat*... → AO, m., **unbestimmt**
- Bitte folgen Sie *meinem kleinen Finger* mit den Augen, ohne den Kopf zu bewegen. → DO, m., **Possessivpronomen**

### Übung 3.4; ■ Tab. 3.2–3.5

	masculinum	femininum	neutrum
<b>Singular - bestimmt</b>			
Nominativ	der scharfe Rasierer	die sterile Komresse	das neue Infusionsset
Genitiv	des scharfen Rasierers	der sterilen Komresse	des neuen Infusionssets
Dativ	dem scharfen Rasierer	der sterilen Komresse	dem neuen Infusionsset
Akkusativ	den scharfen Rasierer	die sterile Komresse	das neue Infusionsset
<b>Plural – bestimmt</b>			
Nominativ	die scharfen Rasierer	die sterilen Kompressen	die neuen Infusionssets
Genitiv	der scharfen Rasierer	der sterilen Kompressen	der neuen Infusionssets
Dativ	den scharfen Rasierern	den sterilen Kompressen	den neuen Infusionssets
Akkusativ	die scharfen Rasierer	die sterilen Kompressen	die neuen Infusionssets



	masculinum	femininum	neutrum
<b>Singular – unbestimmt</b>			
Nominativ	ein scharfer Rasierer	eine sterile Komresse	ein neues Infusionsset
Genitiv	eines scharfen Rasierers	einer sterilen Komresse	eines neuen Infusionssets
Dativ	einem scharfen Rasierer	einer sterilen Komresse	einem neuen Infusionsset
Akkusativ	einen scharfen Rasierer	eine sterile Komresse	ein neues Infusionsset
<b>Plural – unbestimmt</b>			
Nominativ	scharfe Rasierer	sterile Kompressen	neue Infusionssets
Genitiv	scharfer Rasierer	steriler Kompressen	neuer Infusionssets
Dativ	scharfen Rasierern	sterilen Kompressen	neuen Infusionssets
Akkusativ	scharfe Rasierer	sterile Kompressen	neue Infusionssets

### Kap. 4.3: Von der Erkrankung zur Genesung: Ein Weg mit vielen Stationen

#### Übung 4.3: Mini-Vokabelquiz

1. -r Bluterguss/-s Hämatom [von (H)äm(at) – Blut]
2. -r Hausarzt
3. -e Radiologie
4. -r Bruch
5. -s Collum femoris
6. -e Cervix (z. B. Zervixkarzinom – Gebärmutterhalskrebs)
7. -e TEP (z. B. Hüft – TEP)

### Kap. 5.2: Beispiel: Anamnesegespräch Eva Schneider

#### Übung 5.2, ■ Tab. 5.1

Name der Patientin	<i>Eva Schneider</i>
Alter	<i>28 Jahre</i>
Größe	<i>1,65 cm</i>
Gewicht	<i>78 kg, kaum verändert, evtl. leicht zugenommen</i>
Beschwerden	<i>starke Schmerzen seit dem Vorabend im rechten Unterschenkel</i>
Qualität der Schmerzen	<i>drückend, keine Ausstrahlung</i>
Auslöser	<i>langsames Auftreten der Schmerzen am Ende eines Arbeitstages, stehende Tätigkeit als Verkäuferin</i>
Begleitende Symptome	<i>Schwellung, Rötung</i>
Hausärztin	<i>Frau Dr. Huth</i>



Behandelnder Arzt im Krankenhaus	Herr Dr. Franz Neuberger
Station	für Innere Medizin
Andere Erkrankungen	Pollinosis (Heuschnupfen)
Operationen	Appendektomie (Blinddarmentfernung) vor ca. 10 Jahren
Medikamente	Loratadin, gegen Heuschnupfen; Pille
Schlafen	ohne Beschwerden
Wasserlassen und Stuhlgang	ohne Beschwerden
Geschlechtsverkehr	ohne Beschwerden
Menstruation	regelmäßig
Nikotin, Alkohol, Drogen	0,5 Schachteln am Tag seit 10 Jahren (5 pack-years), kein Alkohol- oder Drogenkonsum
Wichtige Krankheiten in der Familie	Vater: Hypertonie; Mutter: Diabetes
verheiratet	nein
Kinder	nein
Beruf	Verkäuferin

## Kap. 6: Die körperliche Untersuchung

### Übung 6.1, ■ Tab. 6.1

Geschlechtertrennung	Eine Geschlechtertrennung ist in der medizinischen Behandlung in Deutschland allgemein nicht vorgesehen. Eine Ärztin kann einen männlichen Patienten befragen und untersuchen, ebenso wie ein männlicher Arzt bei einer weiblichen Patientin das Anamnesegespräch und die Untersuchung durchführt. Allerdings wird versucht, eine gleichgeschlechtliche Betreuung herzustellen, wenn dies der explizite Wunsch eines Patienten ist. Dies gilt v. a. in der Abteilung für Gynäkologie.
Tabus	Tabus lassen sich wahrscheinlich eher aus der Fremdperspektive beschreiben. Ein Tabu im ärztlichen Kontext ist beispielsweise die Missachtung der Privatsphäre eines Patienten. So sollten keine Details der Anamnese für Außenstehende hörbar erzählt werden.
Begrüßung	Man reicht sich die Hand und sollte dabei Blickkontakt aufnehmen.
Vorstellung	Man nennt den eigenen Namen und ggf. die Funktion im Krankenhaus oder in der Abteilung.
Blickkontakt/Körperkontakt	Blickkontakt sollte man aufnehmen. Körperkontakt wird in der Regel eher vermieden, es sei denn, es besteht bereits ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient.
Anrede (Sie vs. du)	Bei unbekannten Personen immer »Sie« benutzen. Zur Wahrung einer höflichen Distanz wird im Arzt-Patienten-Kontakt immer »Sie« verwendet. Eine Ausnahme stellen Kinder dar.



Modus und Tempus der Kommandos (Indikativ oder Konjunktiv II, Präsens oder Imperativ usw.)	Optimalerweise sollte der Konjunktiv II benutzt werden (► Kap. 6.1 für Details).
3 Beispiele für typische Kommandos	(► Kap. 6.1 für Details.)

## Kap. 7.3: Beispiel: Fallpräsentation Eva Schneider

### Übung 7.4, ■ Tab. 7.1

Medizinischer Fachterminus	Erklärung für Laien
-e Extremität, en	Ein Mensch hat 4 Extremitäten: 2 Arme und 2 Beine.
-s orale Kontrazeptivum, a	Ein Medikament zum Schlucken, das Schwangerschaften verhindert; allgemein bekannt unter der Bezeichnung »die Pille«.
-r Nikotinabusus	der Nikotinmissbrauch, auch die Abhängigkeit vom Rauchen
-e Thrombose, n	ein Verschluss einer Vene
-r adipöse Ernährungszustand	l. Allg. spricht man von Übergewicht
distal	körperfern
-e Poplitea	die Kniescheibe
livide	eine bläulich-violette Färbung
-s Meyer-Zeichen	Bei diesen Zeichen handelt es sich um klinische Hinweise der körperlichen Untersuchung für das Vorliegen einer Thrombose. Man spricht von einem positiven Zeichen, wenn das Ergebnis für die Erkrankung spricht.
s Homans-Zeichen	
-s Payr-Zeichen	
Cor	das Herz
Pulmo	die Lunge
-s Abdomen	der Bauch
-e Phlebothrombose	ein anderer medizinischer Ausdruck für den Verschluss einer Vene
-e Thrombophlebitis	Entzündung einer Vene
-s Erysipel	eine Infektion der Haut mit Bakterien
-s Lymphödem	eine Schwellung aufgrund eines Rückstaus von Gewebsflüssigkeit
-e Demarkation	die scharfe Abgrenzung gesunden Gewebes von krankem
-e farbkodierte Duplexsonographie	ein Untersuchungsverfahren mittels Ultraschall, mit dem man die Flussrichtung von Flüssigkeiten farblich darstellen kann
-e D-Dimere	Zerfallsprodukte eines Gerinnsels; sind diese nicht nachweisbar, ist das Vorliegen eines Gefäßverschlusses unwahrscheinlich
hyperkoagulatorische Faktoren (f. Pl.)	Stoffe, die das Gerinnungssystem im Blut dazu anregen, stärker als normal zu reagieren. Können diese nachgewiesen werden, besteht ein erhöhtes Risiko für ein Gerinnsel.

Medizinischer Fachterminus	Erklärung für Laien
-e Antikoagulationstherapie	eine Therapie, die die (übermäßige) Bildung von Gerinnseln verhindern soll
Heparin	ein Medikament zur Hemmung der Blutgerinnung; kann direkt in die Vene verabreicht werden oder unter die Haut
Marcumar	Ein anderes Medikament zur Hemmung der Blutgerinnung; es existiert in Tablettenform

## Kap. 9.1: Ärztliche Gesprächsführung; Techniken

### Übung 9.1, ■ Tab. 9.1

Gesprächsauszug	A	B	C	D	E	F	G
Technik	5	4	3	1	7	6	2

### Übung 9.2

Es handelt sich hierbei um einen Auszug aus einem erfolgreich geführten Arzt-Patienten-Gespräch, denn der Arzt wendet einige der genannten Techniken an, z. B.:

- A: »Ja, ich sehe, der Befund kommt sehr überraschend für Sie, und Sie müssen sich erst an die Situation gewöhnen.«  
→ Paraphrasieren.
- A: »Wenn Sie möchten, kann ich Ihnen noch einmal die Vorteile einer baldigen Operation erklären.«  
→ Ausdruck von Respekt für den Patienten und für seine Meinung und Wünsche; Vermittlung der Bereitschaft, dem Patienten weitere Informationen zu geben.
- A: »Aus allen diesen Gründen ergibt sich die Indikation für eine sofortige Operation, aber ich sehe, dass Sie zögern und Zeit brauchen, um sich dafür zu entscheiden.«  
→ Der Arzt verleiht hier der Tatsache Ausdruck, dass er die Gefühle des Patienten wahrnimmt und sieht und dass er auf dessen Gefühle eingeht. Dem Patienten wird so Raum für seine individuelle Persönlichkeit gelassen; auch wird ihm das Gefühl vermittelt, dass er ernst genommen wird.
- A: »Einverstanden. Ich finde es gut, dass Sie sich so ausführlich mit der Entscheidung auseinandersetzen. Sie zeigen damit, dass Sie auch Verantwortung übernehmen möchten.«  
→ Positives Feedback.

usw.



Kap. 9.2: Das schwere Gespräch – Überbringen von schlechten Nachrichten

Übung 9.4, ■ Tab. 9.2

Zitat	Allgemeine Bedeutung	Bedeutung in Bezug auf die ärztliche Gesprächsführung/das schwere Gespräch
»Mache die Dinge so einfach wie möglich – aber nicht einfacher.« (Albert Einstein)	Vereinfachung ist gut im Sinne von Ent-Dramatisierung/Entwirrung, aber nicht im Sinne von oberflächlicher Reduzierung.	Die möglichen Komplikationen/Konsequenzen einer schweren Erkrankung sollten im ärztlichen Gespräch nicht zu kompliziert dargestellt, aber auch nicht bagatellisiert werden.
»Was du tust, schreit so laut, dass ich nicht hören kann, was du sagst.« (Afrikanisches Sprichwort)	Auch mit meiner Mimik, meiner Gestik, mit allen nonverbalen Mitteln signalisiere ich meinem Gesprächspartner, ob und wie ich ihm zuhöre. Nonverbale Kommunikation kann manchmal wichtiger sein als verbale Kommunikation.	Der Arzt sollte im Gespräch Augenkontakt mit dem Patienten halten und ihm auch nonverbal signalisieren, beispielsweise durch Kopfnicken usw., dass er ihm aufmerksam und respektvoll zuhört.
»Dass man, wenn es in Wahrheit gelingen soll, einen Menschen zu einem bestimmten Ort zu führen, vor allen Dingen darauf achten muss, ihn dort zu finden, wo er ist und dort anfangen. Dieses ist das Geheimnis in jeder Kunst des Helfens. (...) Um in Wahrheit einem anderen helfen zu können, muss ich mehr verstehen als er selber – aber doch wohl in erster Linie das verstehen, was er versteht.« (Sören Kierkegaard, dänischer Philosoph)	Um einen anderen Menschen zu verstehen und erfolgreich mit ihm zu kommunizieren, sollte ich mich möglichst empathisch in seine Lage versetzen und herausfinden, was er fühlt, denkt usw. – Ich sollte versuchen, möglichst stark davon abzusehen, meine Person, meine Wünsche usw. auf ihn zu projizieren.	Der Arzt sollte möglichst offen und flexibel für die Gefühle und Belange des Patienten an ein Gespräch herangehen und nicht von vornherein mit einem »festen« Gesprächsplan, der nichts oder zu wenig mit dem individuellen Patienten und seiner Erkrankung zu tun hat.
»Das Furchtbarste so sagen, dass es nicht mehr furchtbar ist, dass es Hoffnung gibt, weil es gesagt ist.« (Elias Canetti, Schriftsteller jüdischer Herkunft)	Auch eine schlimme Nachricht kann erleichternd und eine Stütze sein: Wenn sie angemessen konkretisiert, was das »Schlimme« ist, ohne unnötige Angst zu wecken, und dem Gesprächspartner präzise Hilfe und Unterstützung anbietet.	(► Zitat von Bent Falk unten) Ein schweres Gespräch muss nicht schwer im Sinne von »furchtbar« für den Patienten sein, sondern kann eine Erleichterung darstellen und den Patienten von konfusem Sorgen und Ängsten befreien – wenn es konkret und klar ist, wenn es weder dramatisiert noch bagatellisiert, wenn es dem Patienten greifbare und anschauliche Hilfe und Unterstützung anbietet.
»Wenn Du sprichst, soll dein Reden besser sein als dein Schweigen.« (Arabisches Sprichwort)	Man sollte seine Worte sorgsam wählen und nicht sorglos und unbedacht »plappern«. Wenn man nichts oder nur Unbedeutendes zu sagen hat, sollte man besser schweigen.	Der Arzt sollte sich immer der Tatsache bewusst sein, dass seine Worte gravierende Folgen für das (Seelen-) Leben des Patienten haben können: Er sollte ein Arzt-Patienten-Gespräch gut vorbereitet und konzentriert führen und sich über seine gewissermaßen »lebensrettende« Funktion auch als Gesprächspartner im Klaren sein.



Zitat	Allgemeine Bedeutung	Bedeutung in Bezug auf die ärztliche Gesprächsführung/das schwere Gespräch
»Auch wenn das Thema kompliziert ist, braucht das Gespräch darüber es nicht zu sein. Wenn es als schwer ,erlebt' wird, dann nicht, weil es kompliziert ist, sondern weil du versuchst, um etwas herumzureden.« (Bent Falk, dänischer Psychologe und Psychotherapeut)	<i>Gerade beim Übermitteln von schweren Nachrichten sind Klarheit und Direktheit vonnöten.</i>	(► oben, Zitat von Kierkegaard.)
»Die Menschheit zur Freiheit bringen, das heißt, sie zum Miteinander reden bringen.« (Karl Jaspers, deutscher Philosoph)	<i>Erfolgreiche Kommunikation mit Anderen ist essenziell für das (Über-) Leben der Menschen und ihre Identitätsfindung – wie Jaspers sagt: für ihre Freiheit.</i>	<i>Das ärztliche Gespräch gehört wesentlich zu den Aufgabenfeldern des Arztes und kann in seiner Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung nicht überschätzt werden!</i>

## Kap. 10.2: Interkulturelle Kommunikation in der Medizin

### Übung 10.7, ■ Tab. 10.3

Wer? Woher?	Probleme des Patienten im Krankenhaus und Ursachen
Kurde aus der Türkei	Der behandelnde Arzt schwärmt gegenüber dem Kurden von der Türkei und den Türken. Wegen der jahrelangen gewaltsamen Auseinandersetzungen zwischen Türken und Kurden im Südosten der Türkei ist es aber für den Kurden nicht einfach, so etwas zu hören. Er bekommt es also mit der Angst zu tun und hat das Gefühl, der Arzt sei sein Feind. Die Compliance des Patienten ist dadurch gefährdet und der Genesungsprozess somit ebenfalls.
Frau aus Libyen	<i>Die Frau weigert sich zu essen und schreit, sobald der Krankenpfleger den Raum betritt. Ursache: Die Frau ist eine religiöse Muslimin. Sie möchte daher kein Schweinefleisch essen noch Besteck verwenden, das mit Schweinefleisch in Berührung gekommen sein könnte. Auch Hühnerfleisch will sie nicht essen, da die Hühner mit Pulver aus Schweinefleisch gefüttert worden sein könnten. Die Frau hat zudem ein Problem damit, dass ein Mann bei ihr die tägliche Körperpflege verrichtet.</i>
Mann aus dem Irak	Der Mann wünscht sich, dass seine Großfamilie, v. a. aber seine Schwester, ihm ständig im Krankenhaus Gesellschaft leisten kann, was dem Alltag in einem deutschen Krankenhaus nicht entspricht. Der Mann ist felsenfest davon überzeugt, dass die Anwesenheit seiner Familienmitglieder seinen Genesungsprozess positiv unterstützt. Für ihn ist sein Kranksein eine gesellschaftliche, familiäre Angelegenheit, für die ihn behandelnden Ärzte und die ihn pflegenden Krankenschwestern jedoch ist Krankheit i. Allg. etwas Intimes, das möglichst viel Ruhe erfordert.
Mann aus Palästina	Der Palästinenser, einst engagiert im bewaffneten Kampf gegen Israel und nun Asylant in Deutschland, fühlt sich im deutschen Krankenhaus verfolgt und bedroht, da sein behandelnder Arzt ihm von einem Urlaub in Israel und den Israelis vorgeschwärmt hat.
Baby aus Vietnam	Deutsche Ärzte versuchen verzweifelt, bei einem vietnamesischen Baby durch Bestrahlung mit Weißlicht die Bilirubinwerte zu senken, damit sie denen eines deutschen Babys entsprechen. Sie sind nicht darüber informiert, dass vietnamesische Babys eine andere Toleranzgrenze für Bilirubin haben als europäische Babys.



Wer? Woher?	Probleme des Patienten im Krankenhaus und Ursachen
Mann aus Ägypten	Der Ägypter weigert sich, einer deutschen Ärztin Antworten auf sexualanamnestische Fragen zu geben (► oben).
Mann aus dem Libanon	Der Libanese ist entsetzt über das ungewürzte, leichte Krankenhausessen. Seiner Meinung nach muss man kräftige und gut gewürzte Nahrung zu sich nehmen, um wieder gesund zu werden – eine Auffassung, die Schami darauf zurückführt, dass die Menschen in südlichen Ländern oft gehungert haben und die meisten Erkrankungen durch Hunger ausgelöst wurden.

## Übung 10.8

### ■ ■ Interkulturelle Kommunikationssituation 1

Die Aussage eines Arabers »Herr Doktor, ich kann meinen Kopf vom Gartenzaun nicht unterscheiden.« bedeutet nicht, dass der Araber an einer Psychose oder Ähnlichem leidet. Es handelt sich schlicht um einen Ausdruck dafür, dass der Araber sich verwirrt fühlt. Gefühle werden in verschiedenen Sprachen und Kulturen unterschiedlich aufgefasst und ausgedrückt (► Punkte 3 und 4).

### ■ ■ Interkulturelle Kommunikationssituation 2

Die Art und Weise, sich auszudrücken, differiert – wie gesagt – in verschiedenen Ländern, Sprachen und Kulturen. In einigen Ländern und Sprachen drückt man sich tendenziell blumiger, bildreicher und poetischer aus, in anderen klarer, knapper, sachlicher. Davon zeugt der genannte Ausspruch des Libanesen: »Ich habe unsensiblen Durst, können Sie mir bitte ein sympathisches Glas Wasser bringen?«. Der Mann versucht hier, seine Botschaft Wort für Wort ins Deutsche zu übersetzen und scheitert damit.

## Kap. 11.2: Beispielvortrag von Antje Siebert

### Übung 11.1

#### ■ ■ Einleitung

»Sehr geehrter Herr Prof. Maier, liebe Kolleginnen und Kollegen. Ich möchte Ihnen heute die Ergebnisse einer aktuellen Untersuchung zu den unerwünschten Arzneimittelwirkungen von Simvastatin vorstellen.«

#### ■ ■ Hauptteil

»In der Heart Protection Study ...« bis »Ein signifikanter Unterschied hinsichtlich des Auftretens von hepatobiliären Erkrankungen wurde nicht gefunden.«

#### ■ ■ Zusammenfassung und Ausblick

»Zusammenfassend kann man also feststellen...« bis zum Ende des Vortrags.

## Kap. 11.3: Die richtige Verbkategorie

### Übung 11.4; ■ Tab. 11.2

Passiv	Infinitiv	Bestimmung der Zeit
konnte gezeigt werden	zeigen	Passiv Präteritum mit Modalverb
wurde empfohlen	empfehlen	Passiv Präteritum
wurden untersucht	untersuchen	Passiv Präteritum
wurde durchgeführt	durchführen	Passiv Präteritum
wurden beobachtet	beobachten	Passiv Präteritum
wurden bestimmt	bestimmen	Passiv Präteritum
wurden berechnet	berechnen	Passiv Präteritum
kann durchgeführt werden	durchführen	Passiv Präteritum mit Modalverb

### Übung 11.5

- Ich bilde das Passiv eines Verbs, indem ich das *konjugierte Hilfsverb* »werden« mit dem *Partizip Perfekt* des Vollverbs verbinde.
- Im Passivsatz wird das Subjekt des Aktivsatzes zum *Objekt* (von → DO, durch → AO).
- Im Passivsatz wird das Akkusativobjekt des Aktivsatzes zum *Subjekt*.
- Im Passivsatz bleibt das *Dativobjekt* des Aktivsatzes erhalten.

### Übung 11.5, ■ Tab. 11.3

Infinitiv	Passiv Präsens	Passiv Präteritum	Passiv Perfekt	Passiv Futur I
operieren	ich werde operiert	ich wurde operiert	ich bin operiert worden	ich werde operiert werden
	du wirst operiert	du wurdest operiert	du bist operiert worden	du wirst operiert werden
	er/sie/es wird operiert	er/sie/es wurde operiert	er/sie/es ist operiert worden	er/sie/es wird operiert werden
	wir werden operiert	wir wurden operiert	wir sind operiert worden	wir werden operiert werden
	ihr werdet operiert	ihr wurdet operiert	ihr seid operiert worden	ihr werdet operiert werden
	sie/Sie werden operiert	sie/Sie wurden operiert	sie/Sie sind operiert worden	sie/Sie werden operiert werden



Übung 11.6

Markieren Sie Subjekt und Objekt in den beiden folgenden Sätzen im Aktiv und Passiv:

- Der Arzt untersucht den Patienten.
  - Subjekt: der Arzt
  - Akkusativobjekt: den Patienten
- Der Patient wird von dem Arzt untersucht.
  - Subjekt: der Patient
  - präpositionales Dativobjekt: (von) dem Arzt

Kap. 12.1: Allgemeines

Übung 12.1, Tab. 12.1

Abkürzung in Arztbriefen	Bedeutung
geb.	geboren
V. poplitea	-e <i>Poplitealvene</i>
Z. n.	<i>Zustand nach</i>
ca.	<i>circa</i>
DM Typ 2	<i>Diabetes mellitus, Typ 2</i>
AZ	<i>Allgemeinzustand</i>
EZ	<i>Ernährungszustand</i>
cm	<i>Zentimeter</i>
kg	<i>Kilogramm</i>
RUQ	<i>rechter unterer Quadrant</i>
LUQ	<i>linker unterer Quadrant</i>
Cor.	<i>Herz</i>
Pulmo	<i>Lunge</i>
pos.	<i>positiv</i>
neg.	<i>negativ</i>
re. V. poplitea	<i>rechte Poplitealvene</i>
s (oder Sek.)	<i>Sekunde</i>
mg	<i>Miligramm</i>
INR	»international normalized ratio« (normierte Version des Quick-Wertes, Parameter der Blutgerinnung)
n. Wert	<i>Nach Wert, d. h. die Dosierung richtet sich nach dem Quick-Wert bzw. nach der INR</i>

## Kap. 12.2: Die richtige (grammatikalische) Zeit verwenden

### Übung 12.3

- Zur Beschreibung aller Ereignisse vor der Aufnahme verwendet man das *Präteritum* und das *Perfekt*.
- Zur Darstellung der Dinge, die der Patient berichtet, verwendet man den *Konjunktiv I*.
- Zur Darstellung der Untersuchungsbefunde verwendet man das *Präsens* und das *Präteritum*.

### Übung 12.4, ■ Tab. 12.3

Infinitiv	Indikativ Präsens	Indikativ Perfekt	Konjunktiv I Gegenwart	Konjunktiv I Vergangenheit
auftreten	ich trete auf	ich bin aufgetreten	ich trete auf – <b>identisch mit Präsens, daher Konjunktiv II Gegenwart: ich träte auf/ich würde auftreten</b>	ich sei aufgetreten
	du trittst auf	du bist aufgetreten	du trestest auf	du seiest aufgetreten
	er/sie/es tritt auf	er/sie/es ist aufgetreten	er/sie/es trete auf	er/sie/es sei aufgetreten
	wir treten auf	wir sind aufgetreten	wir treten auf – <b>wir träten auf/wir würden auftreten (► oben)</b>	wir seien aufgetreten
	ihr tretet auf	ihr seid aufgetreten	ihr tretet auf – <b>identisch mit Präsens, daher Konjunktiv II Gegenwart: ihr trätet auf/ihr würdet auftreten</b>	ihr seiet aufgetreten
	sie/Sie treten auf	sie/Sie sind aufgetreten	sie/Sie treten auf – <b>sie/Sie träten auf/würden auftreten (► oben)</b>	sie/Sie seien aufgetreten
bekommen	ich bekomme	ich habe bekommen	ich bekomme – <b>ich bekäme/ich würde bekommen (► oben)</b>	ich habe bekommen – <b>identisch mit Perfekt, daher Konjunktiv II Vergangenheit: ich hätte bekommen</b>
	er/sie/es bekommt	er/sie/es habe bekommen	er/sie/es bekomme	er/sie/es habe bekommen
husten	ich huste	ich habe gehustet	ich huste – <b>ich hustete/ich würde husten (► oben)</b>	ich habe gehustet – <b>ich hätte gehustet (► oben)</b>
	er/sie/es hustet	er/sie/es hat gehustet	er/sie/es huste	er/sie/es habe gehustet



Infinitiv	Indikativ Präsens	Indikativ Perfekt	Konjunktiv I Gegenwart	Konjunktiv I Vergangenheit
zunehmen	ich nehme zu	ich habe zugenommen	ich nehme zu – <b>ich nähme zu/ich würde zunehmen (► oben)</b>	ich habe zugenommen – <b>ich hätte zugenommen (► oben)</b>
	er/sie/es nimmt zu	er/sie/es hat zugenommen	er/sie/es nehme zu	er/sie/es habe zugenommen
einnehmen	ich nehme ein	ich habe eingenommen	ich nehme ein – <b>ich nähme ein/ich würde einnehmen (► oben)</b>	ich habe eingenommen – <b>ich hätte eingenommen (► oben)</b>
	er/sie/es nimmt ein	er/sie/es hat eingenommen	er/sie/es nehme ein	er/sie/es habe eingenommen
absetzen	ich setze ab	ich habe abgesetzt	ich setze ab – <b>ich setzte ab/ich würde absetzen (► oben)</b>	ich habe abgesetzt – <b>ich hätte abgesetzt (► oben)</b>
	er/sie/es setzt ab	er/sie/es hat abgesetzt	er/sie/es setze ab	er/sie/es habe abgesetzt
essen	ich esse	ich habe gegessen	ich esse – <b>ich äße/ich würde essen (► oben)</b>	ich habe gegessen – <b>ich hätte gegessen (► oben)</b>
	er/sie/es isst	er/sie/es habe gegessen	er/sie/es esse	er/sie/es habe gegessen
trinken	ich trinke	ich habe getrunken	ich trinke – <b>ich tränke/ich würde trinken (► oben)</b>	ich habe getrunken – <b>ich hätte getrunken (► oben)</b>
	er/sie/es trinkt	er/sie/es hat getrunken	er/sie/es trinke	er/sie/es habe getrunken
sein	ich bin	ich bin gewesen	ich sei	ich sei gewesen
	er/sie/es ist	er/sie/es ist gewesen	er/sie/es sei	er/sie/es sei gewesen
haben	ich habe	ich habe gehabt	ich habe – <b>ich hätte (► oben)</b>	ich habe gehabt – <b>ich hätte gehabt (► oben)</b>
	er/sie/es hat	er/sie/es hat gehabt	er/sie/es habe	er/sie/es habe gehabt